Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte ...

JAHRESBERICHT

ÜBER DIE

LEISTUNGEN UND FORTSCHRITTE

IN DER

GESAMMTEN MEDICIN.

UNTER MITWIRKUNG ZAHLREICHER GELEHRTEN

HERAUSGEGEBEN

VON

RUDOLF VIRCHOW

UNTER SPECIAL-REDACTION

VON

E. GURLT UND C. POSNER.

XXXI. JAHRGANG.

BERICHT FÜR DAS JAHR 1896.

ZWEITER BAND.

BERLIN 1897.

VERLAG VON AUGUST HIRSCHWALD.

NW., UNTER DEN LINDEN No. 68.

Inhalt des zweiten Bandes.

Aeussere Medicin.

Gynäcologie und Pädiatrik.

ERSTE ABTHEILUNG.

Innere Medicin.

Hand- und Lehrbücher. Lexica.

1) Aud'hui, Traité de thérapeutique et de matière médicale. Paris. — 2) Bibliotheca medica (mehrere Hefte). Kassel. — 3) Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften (mehrere Bände). Teschen. — 4) Bossu, Petit compendium médical. 4. éd. Paris. — 5) Brouardel et Gilbert, Traité de médecine et de thérapeutique. T. III. Paris. — 6) Da Costa, Medical diagnosis. 8. ed. London. — 7) Dornblüth, O., Compendium der inneren Medicin. 3. Aufl. Leipzig. — 8) Eichhorst, Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. 4. Aufl. Wien. — 9) Encyclopädie der Therapie. Herausg. v. Liebreich. I. Berlin. — 10) Fleischer, R., Lehrbuch der inneren Medicin. II. 2. Wiesbaden. — 11) v. Jaksch, Klinische Diagnostik innerer Krankheiten. 4. Aufl. Wien. — 12) Klemperer, G., Grundriss der klinischen Diagnostik. 6. Aufl. Berlin. — 13) Lockwood, G. R., A manual of the practice of medicine. London. — 14) Mayet, Traité de diagnostic médical et de séméiologie. Paris. — 15) Nothnagel, Specielle Pathologie und Therapie (mehrere Bände). Wien. — 16) Penzoldt und Stintzing, Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten (mehrere Bände). Jena. — 17) Realencyclopädie der gesammten Heilkunde. Hrsg. v. Eulenburg. 2. Aufl. Mehrere Liefer. Wien. — 18) Reallexicon der medicinischen Propädeutik (mehrere Lfrngn.). Wien. — 19) Robin, Traité de thérapeutique appliquée. Fasc. VIII. Paris. — 20) Schilling, Compendium der ärztlichen Technik. Leipzig. — 21) Seifert u. Müller, Taschenbuch der medicinisch-klinischen Diagnostik. 9. Aufl. Wiesbaden. — 22) Stern, R., Ueber traumatische Entstehung innerer Krankheiten. I. Jena. — 23) Strümpell, A., Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. 10. Aufl. Leipzig. — 24) Derselbe, Leitfaden für die klinische Krankenuntersuchung. Leipzig. — 25) Whitla, W., A dictionary of treatment. London.

Hospital- und klinische Berichte.

1) Charité-Annalen. XXI. — 2) Grasset, Leçons de clinique médicale. (Hôpital de Montpellier.) II. Sér. Paris. — 3) Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten. III. 1894. Wien. — 4) Jahrbücher der hamburgischen Staatskrankenanstalten. 4. Bd. 1893 bis 1894. Hamburg. — 5) Marie, P., Leçons de clinique médicale. (Hôtel Dieu.) 1894—95. Paris. — 6) Mittheilungen aus Kliniken und medicinischen Instituten der Schweiz. III. 1—9. Basel. — 7) Reports, Edinburgh Hospital. — 8) Reports, Guy's Hospital. — 9) Reports, Westminster Hospital.

Acute Infectionskrankheiten

bearbeitet von

Prof. Dr. RUMPF und Dr. F. REICHE in Hamburg.

I. Allgemeines.

1) Cameron, Charles A., Isolation of fever Patients. Lancet. January 11. (Eine warme Befürwortung einer consequent durchgeführten Isolation aller ansteckenden fieberhaften Krankheiten.) — 2) Capitan, L., Les maladies infectieuses. 18. Paris. — 3) Da Costa, J. M., Protracted simple continued fever. Americ. Journ. June. — 4) Dippe, H., Die Infectionskrankheiten. 12. Leipzig.

Da Costa (3) lenkt die Aufmerksamkeit auf die 2 und 3 Wochen, aber auch sehr viel länger oft anhaltenden einfachen, d. h. nicht auf typhöser Infection beruhenden Fieberzustände. Er beschreibt solche Fälle von ganz besonders protrahirter Dauer bei einem 11- und einem 14jährigen Mädchen; ein infectiöses Agens war nicht zu eruiren, beidemale waren gastrische Symptome im Beginn, cerebrale Symptome nur sehr leicht vorhanden, in beiden Fällen sank das Fieber langsam ab. Recidive und epidemisches Auftreten fehlen dieser Affection. Die Differentialdiagnose hat ausser gegen Typhus sich vor Allem gegen Influenza, dann gegen gewisse Fieberformen Westindiens und Südamerikas und das Maltafieber zu richten, aber auch gegen das Inanitionsfieber und Febris asthenica simplex, gegen das anämische, das lithämische Fieber. Die Prognose obiger Fieber ist eine gute, die Therapie rein symptomatisch; die Aetiologie ist unbekannt.

II. Epidemische Cerebrospinalmeningitis.

1) Frew, William, Cerebro-spinal fever in Scotland. Brit. Med. Journ. Oct. 10. — 2) Grimaldi, G., Un caso di meningite cerebro-spinale epidemica. Gazz. Lombard. No. 17. — 3) Heubner, Zur Aetiologie und Diagnose der epidemischen Cerebrospinalmeningitis. Deutsche med. Wochenschr. 2. Juli. — 3a) Discussion über diesen Vortrag (v. Leyden, Huber, A. Fraenkel, Fürbringer). Ebendas. 14. Sept. — 4) Petersen, Gust., Zur Epidemiologie der epidemischen Genickstarre. Ebendas. No. 36. — 5) Wolisch, Alfred, Zur Behandlung der Meningitis cerebrospinalis mittels heisser Bäder. Therap. Monatshefte. Mai.

Frew's (1) Beobachtungen sprechen gegen die in den einschlägigen Abhandlungen mehrfach aufgestellte Behauptung, dass in Schottland die Meningitis cerebrospinalis nicht vorkäme; er sah die Krankheit sowohl in ihrer epidemischen Form, wie in sporadischen Fällen und konnte die Diagnose mehrfach durch die Autopsie bestätigen.

Petersen (4) berichtet über die in einem Zeitraume von über 1 Jahr in Berlin verstreut aufgetretenen Fälle von epidemischer Genickstarre. Er konnte 26 sichere Fälle zusammentragen, die kurz skizzirt werden. Danach ergab sich, dass die Ansteckung durch persönliche Berührung, durch Zwischenträger und durch den Besuch von bestimmten inficirten Räumlichkeiten geschah, dass die Krankheit das kindliche Alter — erwachsene Zwischenträger blieben gesund —, die ärmeren Bevölkerungsklassen und anscheinend auch Personen bevorzugte, bei denen Kopfverletzungen oder Erkrankungen des Centralnervensystems auf abnorme Beschaffenheit der Meningen und des Liquor cerebrospinalis schliessen liessen. Die Incubation betrug 3 bis 4 Tage. Bei den meisten Fällen ging den nervösen Erscheinungen eine Erkrankung der oberen Respirationswege voran. Der Verf. berührt kurz die medicinalpolizeiliche Behandlung der Affection, die Fragen der Isolirung und Desinfection.

Heubner (3) hat bei 9 Fällen von Cerebrospinalmeningitis, von denen 8 starben und 6 zur Section kamen, in der durch Spinalpunction gewonnenen eitrigen Flüssigkeit den Diplo- oder Tetracoccus nachgewiesen, der morphologisch und auch in seinen Culturen dem von Jaeger zuerst bei der epidemischen Genickstarre gefundenen Microben in allen Puncten glich. Kaninchen und Meerschweinchen, denen diese Bacterien entweder direct mit dem entzündlichen Exsudat eines Kranken oder in Reinculturen in den Duralsack der unteren Wirbelsäule injicirt wurden, erkrankten nicht, wohl aber zwei so behandelte Ziegen, so dass die Infectiosität dieses bei der Cerebrospinalmeningitis gefundenen intracellularen Coccus erwiesen erscheint. Von dem Pneumococcus unterscheidet er sich schon im Thierversuch durch geringere Virulenz. Die Vervollkommnung unserer Diagnostik durch die Lumbalpunction wird besonders hervorgehoben.

v. Leyden bestätigt in der im Berliner Verein für innere Medicin diesem Vortrag folgenden Discussion (3a) an 3 Fällen die Heubner'schen Ausführungen. Die Erkrankung schloss sich bei dem einen an ein Trauma an; die Differentialdiagnose gegen Blutung und Fractur konnte durch die Lumbalpunction gestellt werden, als in dem dadurch gewonnenen zellenreichen Exsudat zahlreiche intracellulare Diplococcen nachgewiesen wurden. Sie schwanden, wie 2 weitere Punctionen ergaben, mit eintretender Heilung. Bei den anderen beiden letal verlaufenen Fällen wurde das Punctionsresultat in der Autopsie erhärtet. v. L. hält jenen Microben für den Erreger der Cerebrospinalmeningitis; er besitzt grosse Aehnlichkeiten mit dem Gonococcus, nur dass er eine Capsel hat, auf den gewöhnlichen Nährböden besser gedeiht, nach der Gram'schen Methode sich schwerer entfärbt, ferner ausgesprochene Tetradenform, Reihenbildung und Grössendifferenzen zeigt.

Huber fand den in Rede stehenden Diplococcus bei Sectionen vornehmlich in der Ventrikelflüssigkeit, spärlich im Exsudat der Hirn- und Rückenmarkshäute. Infectionsversuche von weissen Mäusen, Meerschweinchen, Kaninchen mit Reinculturen und Punctionsflüssigkeit schlugen fehl. Mit stark verdünntem Carbolfuchsin und Entfärbung in essigsäurehaltigem Wasser lässt sich die Capsel der Coccen gut darstellen.

A. Fraenkel züchtete bereits 1892 in 3 Fällen von Cerebrospinalmeningitis, in anderen aber seitdem nicht wieder, den Meningococcus Weichselbaum; in allen 3 Fällen bestand zugleich Pneumonie, bei dem einen wurden die Meningococcen auch neben reichlichen Mengen von Pneumococcen im Lungeninfiltrat nachgewiesen. Hinsichtlich der Anerkennung jener als alleiniger Erreger der Genickstarre ist er sehr reservirt.

Fürbringer verfügt über 5 Fälle mit analogem bacteriologischem Befunde, wie ihn Heubner erhoben; einmal lag eine Complication mit Gonorrhoe vor.

Grimaldi (2) giebt die klinische Beschreibung eines Falles von Cerebrospinalmeningitis. In der Therapie der Krankheit verwirft er jede Eisapplication sowie Opium und auch Chinin, räth zu Salicyl in nicht zu grossen Dosen, Phenacetin, Jodkalium, Bromkalium und zu Versuchen mit kühlen Bädern.

Wolisch (5) hat nach der Empfehlung von Aufrecht und Woroschilsky in 7 Fällen ausgesprochener epidemischer Genickstarre im Alter von 5—10 Jahren heisse, von 27—32° gesteigerte, unter grosser Vorsicht und mit gleichzeitiger Abkühlung des Kopfes gegebene Bäder angewandt und nur 2 Kinder verloren; bei diesen lag einmal die foudroyante Verlaufsform vor, das andere Mal machten äussere Verhältnisse nur eine anfängliche Verwendung der Bäder möglich. Auch der Gang der Krankheit wurde günstig beeinflusst, bestehendes Fieber nicht erhöht, sondern meist herabgesetzt; dabei wurde nur eine tonisirende Einwirkung auf das Herz gesehen und Schmerz in hohem Maasse beruhigt und beseitigt.

[Korczinski, L., Ueber Meningitis cerebrospinalis epidemica. Pamietnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego.

Der Verfasser bestätigt, dass neben Eitercoccen der eigentliche Krankheitserreger der Fraenkel'sche Diplococcus ist. Nase und Verdauungsapparat kommen als Invasionspforte in erster Reihe in Betracht. Verf. tritt der Ansicht entgegen, als ob zwischen epidemischer Meningitis und croupöser Lungenentzündung ein enger Zusammenhang bestünde. Unter 24 Fällen von epidemischer Meningitis, welche in den letzten Jahren in der Krakauer Klinik beobachtet wurden, kamen 5 Fälle von Lungenentzündung und 5 Fälle von diffuser Bronchitis vor — da aber diese Lungenerscheinungen sich erst im Verlaufe der Grundkrankheit entwickelten und die croupöse Pneumonie nie die intensiven, der Krankheit eigenen Symptome zeigte, so schliesst der Verf. daraus, dass die Lungen- und Bronchialentzündung mindestens in einem Theil der Fälle nur die Folge von Herz- und Respirationsschwäche sind. Die Diagnose der Krankheit ist in unausgebildeten Fällen nicht schwer, in atypischen und vereinzelten kann sie umso schwerer sein, und in diesen legt der Verf. grosses Gewicht auf geringe Symptome, welche eine Irritation oder Depression der Bewegungscentren andeuten; ganz unbedeutendes Zittern oder vorübergehende Parese der Gesichtsmuskeln, Pupillenungleichheit, Veränderungen in der Breite derselben, welche ohne Ursache eintreten — sind in Verbindung mit Sensibilitäts-, vasomotorischen und Secretionsstörungen sehr wichtige diagnostische Merkmale.

Korczynski (Krakau).]

III. Influenza.

1) Anders, J. M., Typhoid fever as a complication and a sequel of influenza. Philad. Reporter. vol. LXXIV. Med. News. No. 13. — 2) Engel, Prof. G. von, Einfluss der Influenza auf den weiblichen Organismus. Wien. med. Presse. No. 43. — 3) Jones, Allen A., Gastric disturbances consequent upon influenza. Philad. Reporter. Vol. LXXIV. No. 2. — 4) Kamen, L., Beitrag zum klinisch-bacteriologischen Studium der Influenza. Wien. medic. Wochenschrift. No. 1. — 5) Leichtenstern, O., Influenza und Dengue. Nothnagel's Spec. Pathol. und Therapie. IV. Bd. — 6) Pfuhl, A. und K. Walter, Ueber das Vorkommen von Influenzabacillen im Centralnervensystem. Deutsche medicin. Wochenschr. No. 6. — 7) Reverdin, J. L. et F. Buscarlet, Abcès multiples consécutifs à la grippe. Rev. méd. Suisse romande. No. 8. — 8) Schmid, F., Die Influenza in der Schweiz in den J. 1889—94. Mit 17 Taf. u. 4 Karten. gr. 4. Bern. — 9) Schürmayer, B., Complicationen, Folgekrankheiten und Folgeerscheinungen der Influenza. Separat-Ausgabe. Basel. — 10) Wunderlich, Die Influenzaepidemie in der Anstalt Schussenried im Frühjahr 1895. Württbg. Correspdzbl. No. 19. Bd. LXVI.

Dem vortrefflichen Werke Leichtenstern's (5) ist nur die Empfehlung mitzugeben, dass in ihm das gewaltige, durch die Epidemieen der letzten 8 Jahre aufgehäufte Material über die Pathologie, Epidemiologie und Aetiologie der Grippe in klarer Weise verarbeitet ist, und somit der augenblickliche Stand der Influenzafrage nach jeder Richtung vollwerthig gezeichnet wird. Die Therapie der Krankheit wird kurz und präcise berührt. — In dem Aufsatz über das Denguefieber wird die von mehreren Autoren behauptete Identität desselben mit der Influenza nicht anerkannt und in übersichtlicher

Zusammenstellung der epidemiologischen und klinischen Unterscheidungsmerkmale beider Affectionen zurückgewiesen. Leichte und vor Allem unentwickelte Fälle von Dengue sind von der Influenza, namentlich wenn letztere mit Exanthem auftritt und der respiratorischen Erscheinungen entbehrt, nur für den Fall des Nachweises der specifischen Influenzabacillen zu unterscheiden: die Diagnose des Denguefiebers kommt überhaupt nur in der tropischen Zone und ihr benachbarten warmen Ländern in Betracht, ferner hauptsächlich an Küstenorten.

Wunderlich (10) beobachtete in der Irrenanstalt Schussenried im April und Anfang Mai 1896 in einem Zeitraum von 22 Tagen 117 Erkrankungen an Influenza. Es waren im Ganzen leichte Infectionen mit besonderer Localisation des Giftes im Darmtractus; bemerkenswerth war dabei ein stark im Vordergrund stehendes Krankheitsgefühl. Auf der Frauenseite erkrankten von den Anstaltspfleglingen 18,3 pCt., von den Wärterinnen 62 pCt.; bei den Männern sind die entsprechenden Zahlen 22 pCt. und 58 pCt. Die Dauer der Erkrankung schwankte zwischen 1 und 19 Tagen, die Patienten waren durchschnittlich 4, das Wartepersonal 9 Tage krank. 8 Recidive folgten, davon 3 mit gesteigerten Krankheitssymptomen; chronisch wurde 1 Fall und 2 starben, nämlich 1 körperlich sehr heruntergekommenes und 1 jeder Therapie unzugängliches Individuum.

Kamen (4) versucht aus der Fülle der Influenzasymptome die herauszuschälen, die für die Krankheit in allen Fällen pathognomonisch wären. Es sind dies das Fieber, das hochgradige Krankheitsgefühl, die neuralgischen Schmerzen und die bronchitischen Erscheinungen, neben denen oft Auswurf besteht, der Untersuchung und so eine endgültige Sicherung der Diagnose zulässt. Er bespricht die verschiedenen Fiebertypen bei reiner und mit pneumonischen Veränderungen complicirter Influenza, sowie bei der sich anschliessenden Influenzaenteritis oder Influenzatyphoid. In fast 100 Untersuchungen vermisste er nie die characteristischen Influenzabacillen. Er fand die Pfeiffer'schen Angaben über Züchtung und Färbung derselben sehr zuverlässig. Sie erwiesen sich der Gram'schen Methode nicht völlig unzugänglich, ferner gelang es Kamen, sie auch anaërob zu cultiviren, wobei sie sich noch durch eine grössere Lebensfähigkeit auszeichneten.

Schürmayer (9) hat sich der dankenswerthen Aufgabe unterzogen, die grosse Fülle der Einzelbeobachtungen über Begleiterscheinungen und Folgekrankheiten der Influenza, welche die Literatur der letzten Jahre enthält, zusammenzutragen und einheitlich zu ordnen. Der Stoff ist übersichtlich bewältigt, die interessanten nervösen Erkrankungen und psychischen Störungen finden eingehende Berücksichtigung; bei der Besprechung der Pathogenese der Complicationen wird auch die bacteriologische Seite der Influenza in den Rahmen der Besprechung gezogen.

Jones (3) macht auf die nach Influenza häufig beobachteten Magenstörungen aufmerksam, welche öfter dem nervösen als ihrem gastrointestinalen Verlaufstypus sich anschliessen, meist mit mannigfachen neurasthenischen Symptomen verbunden sind oder eine Aggravation einer bereits vorhandenen Neurasthenie mit sich bringen. Es sind zum Theil Magencatarrhe, mehr aber noch gastrische Neurosen. Es zeigt sich eine Anorexie in verschiedener Schwere und wechselnder Form mit extremer Mattigkeit und Apathie, hochgestelltem Urin und langsamem Puls. Sowohl verminderte Salzsäureproduction wie eine Hyperchlorhydrie können sie begleiten, letztere in diesen Fällen meist von sehr variabler Intensität. — Stets hat bei solchen Formen die constitutionelle Behandlung im Vordergrund zu stehen, die Bekämpfung gleichzeitiger Anämie, die Stärkung des gesammten Organismus. Wichtig ist die Sorge für eine kräftige Elimination, für Zufuhr reichlichen Wassers, die Verordnung körperlicher Uebungen; daneben ist eine Reihe von Nervina incl. den constanten Strom und bei der Anorexia ex hyperaesthesia die Verordnung gastrischer Sedativa indicirt.

v. Engel (2) weist auf die im Verlauf der Influenza beobachteten Alterationen der weiblichen Geschlechtsorgane hin, einmal auf die dabei vorkommenden Fehlgeburten, gestörten rechtzeitigen Geburten, Aborte und die an Epidemiezeiten anscheinend geknüpfte Verminderung der Zahl der Geburten, sodann auf die auf Blutstauung und Hyperämie des Uterus zurückzuführenden Verschlimmerung aller Arten von Gebärmuttercatarrhen und die Metrorrhagien und schliesslich auf die vielfachen Störungen der Menstruation. Das Anfangsstadium der Influenza fiel in 40 pCt. der Fälle in die Zeit der Menses, welche letztere reichlicher, prolongirter und schmerzhafter wurden, oder die dann ebenfalls die gleichen Anomalien zeigende Menstruation trat im Anschluss an den Ausbruch der Grippe zu früh ein. Bei Mädchen in den Pubertätsjahren wurden irreguläre Menses mehrfach regelmässig, bei anderen noch nicht menstruirten stellten sie sich ein, ebenso auch bei mehreren Frauen mit frühzeitigem Climacterium in Gefolge von Obesitas. Der puerperale Zustand gewährt keinen Schutz gegen Influenza.

Pfuhl und Walter (6) bestätigen an neuen Beobachtungen und mit ausführlicher Berücksichtigung der Technik der bacteriologischen Untersuchung, dass im Centralnervensystem bei tödtlich verlaufenen Fällen von Influenza die Erreger der Krankheit gefunden werden. In einem Bataillon traten gehäufte Grippefälle mit schweren nervösen Symptomen auf; einer der Kranken starb am 8. Tage, im Gehirn wurden neben Fäulnissbacterien und Streptococcen Influenzabacillen culturell nachgewiesen. Danach lag nach den Verff. eine auf primärer Influenzainfection beruhende Gehirnkrankheit vor, welche vermuthlich aber erst in Folge der späteren Einwanderung virulenter Streptococcen zum Tode führte. — Mehrere Monate vor dieser Epidemie waren 2 Soldaten unter ähnlichen Symptomen erkrankt, aber als Cerebrospinalmeningitis angesehen worden; einer von ihnen genas. Die nachträglich vorgenommene bacteriologische Untersuchung der bei der Section des Verstorbenen conservirten Theile des Centralnervensystems ergab morphologisch characteristische Influenza-

bacillen. Ein 3. Fall betrifft einen später noch in einem anderen Bataillon beobachteten isolirten Todesfall an stürmischer, prodromlos verlaufener Meningitis; auch dieser musste als primäre Hirninfluenza aufgefasst werden, da die auf Blutagar angelegte Aussaat neben anderen Bacterien und Coccen reichliche Colonien von Influenzabacillen angehen liess.

Reverdin und Buscarlet (7) theilen einen Fall von chirurgisch behandelter, nach sehr protrahirter Reconvalescenz zur Heilung gebrachter „Pyoémie grippale" bei einem 18jährigen jungen Manne mit. Während einer ablaufenden Influenza traten fast gleichzeitig an 3 verschiedenen, unter einander zusammenhanglosen Stellen ohne localen Anlass Abscesse auf, von denen 2 im intermusculären Bindegewebe sassen, nach Verneuil einem Prädilectionssitz für Eiterungen nach Influenza. Aus dem Eiter wurde der Streptococcus pyogenes reingezüchtet. Die Prognose dieser Affectionen ist weniger ungünstig als die der gewöhnlichen Pyämieen.

Anders (1) berichtet zu 2 früheren 3 neue Beobachtungen — eine verlief letal —, dass Typhus als Complication von Influenza auftrat; er findet auch durch die statistischen Berichte aus den Zeiten von Influenzaepidemieen bestätigt, dass der durch Grippe geschwächte Körper empfänglicher für die Infection mit Typhus ist.

[Lindblom, Fr., zu Johannesburg, südafrikanische Republik. Zur Behandlung der Influenza. Eira. XX. 3. p. 71—73.

Die Hauptsache in der Methode des Verf.'s ist Combination von Antifebrin und Jodkalium mit Wasserbehandlung. Pat. bekommt sogleich im Anfange der Infection eine grosse Dosis Antifebrin (z. B. 60 cg für einen Mann, 50 cg für ein Weib) und eine nasse Einpackung in grobem Laken mit kaltem Wasser während 1 bis $1^1/_2$ Stunden. Gleichzeitig nimmt er die erste Dosis von Jodkalium und sodann noch eine im Laufe des Tages. Spät Abends bekommt er 25—30 cg Antifebrin und wiederum eine neue Einpackung während $1^1/_2$ Stunden. Wenn möglich macht Pat. nach der ersten Einpackung eine starke, kurze Promenade und hütet sodann das Bett. Ist er vollkommen fieberfrei, können die Einpackungen unterlassen werden oder nur einmal täglich genommen werden. Die Antifebrin-Jodkaliumbehandlung wird während mehrerer Tage fortgesetzt. Sodann werden Tonica mit Mineralsäuren eine Weile vor der Nacht und Eisen nach derselben genommen.

A. Fr. Eklund (Stockholm).]

IV. Cholera.

1) Anticholeraic inoculations in Calcutta. Brit. med. Journ. Sept. 12. — 2) Chauvin, Georges, Du traitement du choléra asiatique. Revue de médecine. No. 7. — 3) Federn, S., Ueber das Wesen des Choleraprocesses und dessen Behandlung. Wien. med. Presse. No. 25. 4) Hankin, E. H., An outbreak of cholera in an officers mess. Brit. med. Journ. Dec. 26. — 5) Derselbe, Ueber sporadische Cholerafälle. Hygien. Rundschau. No. 17. VI. Jahrg. — 6) Liebermeister, C., Cholera asiatica und Cholera nostras. Nothnagel, Specielle Pathol. und Therapie. IV. Bd. I. Th. — 7) Nakagawa, A., Professor Kitasato's Anticholeraserum. Brit. med. Journ. July 18. — 8) Pottien, Drei Fälle von Cholera nostras. Zeitschr. f. Hyg. Bd. 22. — 9) Powell, Arthur, Results of M. Haffkine's anticholera inoculations. Lancet. July 18. — 10) Sonsino, P., Considerations on cholera in Egypt in relation to some alterations of the intestines. Ibid. — 11) Tenni, Camillo und Michelangelo Galli, Die Choleraepidemie in der Provinz Bergamo. Zeitschr. f. Hyg. Bd. 22. — 12) Vrijhew, J. A., Jets over de Cholerarood-reactie. Weekblad d. Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde. No. 20.

Für das Nothnagel'sche Sammelwerk hat die Cholera in Liebermeister (6) einen Bearbeiter gefunden, der hinsichtlich der Aetiologie der Krankheit die Anschauungen der Localisten und Contagionisten in gleich objectiver Weise würdigt und die manchen Annäherungen anerkennt, welche die Forschung der letzten Jahre zwischen ihnen gebracht. Zurückgreifend auf die früher schon von ihm vertretene Anschauung, formulirt er die Bedingungen für den Ausbruch einer Choleraepidemie derart, dass sie überall da entstehen kann, wo Cholerabacillen, die von einem Kranken entleert werden, einen Nährboden finden, indem sie sich zu infectionsfähiger Form entwickeln, und von wo aus sie in den Darmcanal anderer Menschen gelangen können. Die Symptomatologie der Affection wird knapp und doch erschöpfend dargestellt, auf die Therapie nur in den Hauptzügen eingegangen; in Behandlung der Choleradiarrhoe steht Liebermeister auf Seite derer, die in erster Linie Opium geben. — Ein Anhang behandelt kurz die Cholera nostras.

Die Provinz Bergamo, die jedesmal, wenn die Cholera sich in Italien verbreitete, unter den am meisten heimgesuchten Districten war, bietet nach Tenni und Galli (12) geologisch und topographisch grosse Verschiedenheiten, aber keine Differenzen von benachbarten Regionen; ebenso geben die klimatischen Verhältnisse dieser Gegend keinen besonderen Character. Sie wurde bislang von 6 Epidemien heimgesucht, am schlimmsten im Jahre 1836. Die bemerkenswerthe Verminderung der Erkrankungsziffer in den letzten beiden Epidemien ist auf die Verbesserung der socialen Lebensverhältnisse vorzugsweise zu beziehen. Die Cholera wurde stets aus benachbarten schon heimgesuchten Provinzen eingeschleppt und verbreitete sich durch Ansteckung, begünstigt durch die zahlreichen Handelsbeziehungen der Provinz. Die Epidemien, welche das ganze Jahr dauerten, erreichten den Höhepunkt im Juli während der geringsten Regenmenge in der Sommerperiode, die, welche von August an ausbrachen, erreichten nie die Gefährlichkeit der anderen und hörten auch in der Winterperiode auf. Besonders 1886 zeigte sich, dass infiltrirte Wasserläufe das hauptsächlichste und rascheste Mittel zur Verbreitung des Cholerakeims sind. So sprechen diese Beobachtungen im Ganzen nicht zu Gunsten der localistischen Theorie.

Sonsino (10) führt aus, wie Egypten, das auf der Heerstrasse der Cholera von Indien nach Europa liegt, seit Mitte des Jahrhunderts ausser der 1895—96 auf-

getretenen nur 3 Epidemien, und zwar die letzte 1883 gehabt hat, wie es aber dann jedesmal in besonders schwerem Maasse heimgesucht wurde. 1883 erlagen binnen 3 Monaten 50000 Menschen. Das liegt zum Theil daran, dass die einzige Wasserversorgung zu Trink- und allen anderen Zwecken bislang nur in dem einen grossen Strom gegeben ist, andererseits aber wohl auch in der grossen Zahl in Egypten endemischer chronischer Catarrhe und Entzündungnn des Darmes im Gefolge der Bilharzia, Ankylostomen, Rhabdonemen und anderer Darmparasiten und der Dysenterie. Damit scheint eine Disposition für leichtere Invasion der Cholera geschaffen zu sein. Im Jahre 1883 gemachte Sectionen von Choleraleichen sprachen für diese Vermuthung.

Hankin (5) hat eine Reihe der schwer zu erklärenden in Indien gelegentlich auftretenden sporadischen Cholerafälle aufs eingehendste verfolgt und vielfach unreine Gewohnheiten der Eingeborenen als Uebertragungsweg ermittelt. Er beschreibt mehrere Beobachtungen, in denen er bei der aus solchem Anlass eingeleiteten penibelsten Nachforschung Cholerabacillen in einzelnen benutzten Wassergefässen oder Brunnen auffinden konnte; im Thierversuch an Meerschweinchen boten die aus sporadischen Fällen isolirten Choleraculturen keine Abweichung von dem gewöhnlichen Virulenzgrade; die Handcentrifuge bewährte sich zu rascherem Auffinden der Vibrionen im Wasser. Er wies sie ferner an Gurken nach, welche in Indien vielfach in mit menschlichen Dejectionen gedüngten Feldern gezüchtet werden, sodann in einzelnen von Wasserträgern benutzten Wasserschläuchen. Diese letzteren werden auf verschiedene Weise inficirt. Einmal wenn sie, um sie weicher zu machen, in den Tanks angefeuchtet werden; es giebt sichere Beobachtungen, dass die Choleravibrionen durch feinste Spalten hindurchzuwachsen vermögen. Zweitens wird häufig von den Wasserträgern statt des sehr geschätzten schmackhaften Wassers der seltenen Süsswasserbrunnen Leitungswasser verkauft, welches durch Zusatz geringer Mengen brackigen, also aus schmutzigen, stagnirenden Brunnen stammenden Brunnenwassers im Geschmack jenem ähnlich gemacht ist. Hankin erklärt die sporadischen Fälle weniger durch Immunitätsbedingungen vieler Personen als durch verschiedene Virulenz der Microben, also durch Bedingungen ausserhalb des menschlichen Körpers. Bacterien von verminderter Virulenz und herabgesetzter vitaler Energie, d. h. Choleravibrionen in „latentem" Zustand finden sich im Brunnenwasser gelegentlich nach Erlöschen einer Epidemie. Nach seinen Erfahrungen (aus Rampur z. B.) müssen sich Cholerabacillen an Orten, wo die Cholera endemisch ist — vielleicht durch höheren Gehalt des Wassers an organischen Substanzen — länger zu halten vermögen als in sporadisch nur befallenen Plätzen, können dort latent sein und im Brunnenwasser nachgewiesen werden. An Wallfahrtsorten der Hindus constatirte man auch latente Choleravibrionen im Brunnenwasser; die Zahl der inficirten Brunnen kann, auch ohne dass Cholera ausbricht, nach den Untersuchungen des Verf.'s in Allahabad, mit dem Zusammenströmen der Pilger ansteigen und mit ihrem Abzug abnehmen. Nach manchen Erfahrungen scheint es, als ob, wenn Cholerafälle ausbrechen, die Vibrionen ihre Virulenz an Ort und Stelle wiedererlangt und nicht eine erneute Einschleppung stattgehabt hätte; diese Wiederherstellung der Virulenz mag im Darmtractus Erkrankter vor sich gehen.

Zwei Tage nach einem Mahl in einem Officiercasino in Sagor, Centralindien — so berichtet Hankin (4) — erkrankten von 13 Theilnehmern 9 und starben 8 an typischer Cholera; ebenso der einzige Diener, der von einem der Gerichte genossen hatte. Am Ort selbst war sonst keine Cholera vorhanden, nur einzelne Fälle in einer Nachbarstadt vorgekommen. Das Trinkwasser war sorgfältig abgekocht worden. Der Verdacht musste auf einen Chocoladenpudding fallen, der, von alkalischer Reaction und reich an Gelatine und Nährmaterial, nach gemachten Versuchen ein vorzüglicher Nährboden für Choleravibrionen ist. Er war in der Küche anscheinend inficirt worden; der Infectionsmodus wurde klar, als sich bei genauer Untersuchung des ganzen Geschirrs in dem abgekochten Wasser in einem der in der Küche befindlichen Kochtöpfe Choleravibrionen in voller Virulenz fanden, und dieselben sodann auch in dem Tuch nachgewiesen wurden, mit dem diese henkellosen Töpfe vom Herd gehoben werden, und durch das also eine Verunreinigung des durch Kochen sterilisirten Wassers nachher noch eingetreten war. Die in der Küche verwandten Tücher waren in offenem Flusswasser gewaschen worden, in das hinein nahe am Waschplatz Ausflüsse von Häusern mündeten, in denen einige Wochen zuvor Cholerakranke gelegen hatten. Aus dem Sand des Flussbetts, über dem die gewaschenen Tücher getrocknet waren, wurden ferner Choleramicroben gezüchtet, während die Flusswasseruntersuchung in dieser Beziehung negativ ausfiel.

Federn (3) hat durch sphygmomanometrische Untersuchungen bei mehreren Cholerakranken — es war keiner im asphyctischen Stadium dabei — gefunden, dass der Blutdruck in der Krankheit nicht sinkt, sondern erhöht ist, was nur durch einen erhöhten Widerstand im Gefässsystem bedingt sein kann. Gegen letzteren hat die Therapie ebenso wie gegen die Eindickung des Blutes in Folge der Transsudation vorzugehen; sie kann in den Darm auch dann noch statthaben, wenn im Stadium algidum die Diarrhöen spärlicher werden oder selbst aufhören. Um gesteigerten Blutdruck herabzusetzen, wenigstens wenn er vom Darm durch Reizung des Splanchnicus ausgeht, sind Abführmittel der sicherste Weg; darauf mag die Anerkennung beruhen, die Calomel im Beginn des Choleraanfalls gefunden hat. Depressorisch gegen erhöhten Blutdruck wirken ferner Natr. salicylicum in grossen Dosen — 4,0—6,0 g —, Antipyrin, Phenacetin, Salipyrin (schon in Gaben bis zu 2,0 g), Morphium, Codein, Chloralhydrat und Chloroform. Die Therapie wird sich dieser Winke zu erinnern haben.

Nach Simpson's (1) Bericht sind in Calcutta während der letzten 2 Jahre 7690 Personen mit Haffkine'schen Anticholeravaccine geimpft worden. Wäh-

rend dieser Zeit kamen nach genauen statistischen Erhebungen in 77 Häusern 89 Todesfälle von Cholera vor, und zwar bei Nichtgeimpften 77, die sich ziemlich gleichmässig über die beiden Jahre vertheilten, und bei Geimpften 12, von denen 4 in die Zeit bis zum 4. Tage nach der Impfung, also vor erlangtem Impfschutz fallen, hingegen nur einer bis zum 420. Tage vorkommt. Die Wirkungen der Impfung verlieren sich im 2. Jahr darnach allmälig wieder. Alles in Allem erscheint bei einem Vergleich der Vaccinirten mit den Nichtvaccinirten in denselben Häusern die Mortalität um 72,47 pCt. vermindert.

Die Beobachtungen Powell's (9) über die Haffkine'schen Anticholeravaccinationen, deren Ergebnisse mit den von Simpson, Silcock und Hare aus anderen Districten Indiens veröffentlichten Zahlen ungefähr stimmen, ermuthigen, mit den Präventivimpfungen fortzufahren. Von 5879 Personen mit 3149 Ungeimpften wurden, auf 1000 verrechnet, von Cholera befallen: Geimpfte 3,29 mit 1,46 Todten, Nichtgeimpfte 28,57 mit 17,46 Todten. Es verleihen die Inoculationen selbst in den stärksten bislang angewandten Dosen keine vollständige Immunität, eine beträchtliche, wenn sie stark genug waren, um Fieberreaction hervorzurufen; kleine gewähren nur geringen oder kurzdauernden Schutz.

Das von Kitasato hergestellte und bei Cholerainfectionen von Thieren entschiedene Heilwirkungen besitzende Choleraantitoxin wurde nach Nakagawa (7) während etwas über 3 Monaten, von August bis November 1895 in 193 bacteriologisch sicher gestellten Fällen von Cholera angewandt. In das Hiroo-Hospital Tokio wurden damals 270 Fälle mit einer Mortalität von 51 pCt. aufgenommen, wohingegen die Sterblichkeit in fast allen früheren Epidemien in Japan ungefähr 70 pCt. war. Als Nebenwirkungen wurden sehr häufig Urticaria, vereinzelt Arthralgien und Myalgien beobachtet. In 12 Fällen, in denen weniger als 8 Stunden zwischen Krankheitsbeginn und erster Injection verflossen waren, war die Mortalität = 0, in 18, bei denen das Intervall bis zu 12 Stunden betrug 22,2 pCt., bei 24 stündiger Zwischenzeit unter 53 32,1 pCt., bei 48 stündiger unter 63 Fällen 39,7 pCt. und bei 72 stündiger unter 31 Fällen 38,7 pCt.

Chauvin (2) hat mit einer Therapie, die ihm früher schon bei anderen gastroinstestinalen Affectionen und Cholera nostras-Fällen gute Dienste geleistet, während der Choleraepidemie 1894 in Liège sowohl in ausgesprochenen Choleraerkrankungen, wie bei prämonitorischen und choleriformen Diarrhöen bemerkenswerthe Erfolge erzielt. Viele Beobachtungen sind mitgetheilt. Jene bezweckt, durch Zufuhr von Pepsin und Salzsäure die Magenverdauung zu heben und dadurch reflectorisch die Darmverhältnisse zu beeinflussen, während Opium mit Beschränkung der Peristaltik die intestinale Transsudation herabsetzen und so den Cholerabacillen das Nährsubstrat nehmen soll. Die Formel lautet: Ac. hydrochlor. dil. 1,0, Pepsin. alb, Tct. Opii benz. ana 1,5, Syr. Cort. Aur. 30,0, Aqu. Menthae 120,0 — stündlich 1 Esslöffel.

Vrijhew (12) constatirte, dass Choleravibrionen derselben Stammcultur zu verschiedenen Zeiten eine verschiedene Cholerarothreaction gaben. Den Grund dieser Erscheinung sucht er in einer verschiedenen Alkalescenz des Nährbodens. Auf Grund mannigfacher Experimente wählte er dann einen Nährboden folgender Zusammensetzung:

Pepton. sicc. Witte 4,0
Chlor. natr. puriss. 2,0
Carbon. natr. puriss. 0,55
Sol. nitr. nat. (0,1 : 300,0 Aqu. dest.) 3 ccm
Aqu. dest. 400,0.

Bei Verwendung dieses Nährbodens gaben Cholerabacillen, sowie der Vibrio Metschnikoff die Rothreaction nach 24 stündigem Brüten. Eine eintretende Reaction nach 6—8 Stunden soll Nichts beweisen.

Pottien (8) isolirte in einem Fall von binnen 18 Stunden letal verlaufener Cholera nostras aus dem Darminhalt ein hochvirulentes Bacterium coli und einen Bacillus fluorescens capsulatus, der, in manchen Punkten dem B. pyocyaneus ähnlich, doch in vielen von ihm differirte. Derselbe wird in seinem culturellen und thierexperimentellen Verhalten eingehend beschrieben. Wichtig ist, dass derselbe Bacillus noch in 2 weiteren Fällen von Brechdurchfall aufgefunden werden konnte. Sein Nachweis, wenn er in geringen Mengen im Stuhl ist, gelingt stets leicht wie beim Choleraspirillum vermittelst Anreicherung in Peptonwasser.

[Bundo, H., Bericht über die Choleraepidemie in Lodz im Jahre 1894. Medycyna. No. 6.

Der Bericht bringt ausser einigen statistischen Ziffern nichts Erwähnenswerthes.

Spira (Krakau).]

V. Typhus.

1) Allan, James, W., Intestinal perforation in enteric fever. Glasgow Journ. No. 6. Juni. — 2) Artaud, Quatre années de traitement de la fièvre typhoide dans un service de Hôtel-Dieu. Lyon med. No. 42. (A. empfiehlt die Brand'sche Behandlung des Typhus, die in 164 aus einer Reihe von 180 Fällen zur Anwendung kam und die Mortalität auf 4,75 pCt. herabdrückte.) — 3) Baruch, Simon, Hydrotherapy in typhoid fever. (Amer.) Med. News. April 25. (Bekannte Thatsachen.) — 4) Bäumler, Ueber die Typhusfrequenz im klinischen Hospital und in der Stadt Freiburg i. B. in den letzten 25 Jahren. Münch. med. Wochenschr. No. 23. — 5) Benedict, A. L., Hydrotherapy in typhoid fever. (Amer.) Med. News. No. 6. (Der Verf. verhält sich, vorwiegend auf Grund theoretischer Reflexionen, ablehnend gegen die Brand'sche Hydrotherapie.) — 6) Berry, H. Poole, An outbreak of typhoid fever in a provincial town, its probable cause. Lancet. Dec. 5. — 7) Bodländer, S., Ueber die Todesursachen bei Typhus abdominalis nebst statistischen Beiträgen. Inaugural-Dissertation. Greifswald. — 8) Börger, Zur Behandlung des Typhus abdominalis mit antitoxischem Hammelserum. Deutsche med. Wochenschr. No. 9. — 9) Breuer, R., Zur Widal'schen Serodiagnostik des Abdominaltyphus. Berl. klin. Wochenschr. No. 47. — 10) Catrin, Abcès et phlegmons post-typhoidiques. Gaz. hebdom. No. 83. — 11) Cameron, Charles A., An outbreak of enteric fever, probably due to infected milk. Dublin Journ. August 1. (14 Typhuskranke hatten ihre Milch alle aus einem Milchladen bezogen, in dem 2 Kinder mit Typhus krank lagen.) — 12) Connel, H. S. Mc, Elimination, antisepsis and starvation in the treatment of typhoid fever. New York

Med.-Records. July 11. — 13) Day, John Marshall, An unusual rash in enteric fever. Dublin Journ. March. — 14) Delépine, A. Sheridan and E. J. Sidebotham, On the serodiagnostik of typhoid fever. Lancet. Dec. 12. — 15) Dieulafoy, Sur le sérodiagnostic de la fièvre typhoide. Bull. de l'Acad. de méd. Paris. No. 27. — 16) Dürck, Herm., Ueber intrauterine Typhus- und Mischinfection einer lebensfähigen Frucht. Münch. med. Wochenschr. S. 842. — 17) Dieulafoy, Widal et Sicard, Recherches sur la nature de la substance agglutinante et sa fixation sur le albuminoides du sang et des humeurs des typhiques. Bull. de l'Acad. de med. Paris. No. 38. — 18) Davis, W. The antiseptic treatment of typhoid fever. New York Med.-Record. Aug. 8. — 19) Duffield, George, The treatment of typhoid fever. Philad. Reporter. Vol LXXIV. — 20) Durham, H. E., Note on the diagnostic value of the serum of thyphoid fever patients. Lancet. 19. Dec. — 21) Ebstein, W., Initiale motorische Lähmung im Oculomotoriusgebiet und andere posttyphöse Complicationen bei einem Falle von Unterleibstyphus. Virchow's Arch. Bd. 145. — 22) Eshner, A. A., Some considerations on the treatment of typhoid fever. (Amer.) Med. News. Sept. 19. (Eine warme Empfehlung der Brand'schen Hydrotherapie des Typhus.) — 23) Etienne, G., La fièvre typhoide du foetus. Gaz. hebdom. No. 16. — 24) Funck, M., La sérotherapie de la fièvre typhoïde. 8. Bruxelles. — 25) Gindiccandrea, V., Un caso di sclerosi a placche consecutiva ad infezione tifosa. Bull. della Soc. Lancis. XVI. — 26) Gläser, Zur bacteriologischen Behandlung des Abdominal-Typhus. Therapeutische Monatshefte. Febr. — 27) Greene, C. L., The serum test of Widal and the Possibility of its application without microscopic examination, with a report of cases and demonstration of method. New York Med.-Record. No. 23. — 28) Derselbe, Recent aids in the differential diagnostic of typhoid fever (Describing the autors modifications of Ehrlichs test, with a preliminary report upon the serum test of Widal). Ibid. No. 1358. — 29) Grünbaum, A. S., Preliminary note on the use of the agglutinative action of human serum for the diagnosis of enteric fever. Lancet. September 19. — 30) Derselbe, On the agglutinative action of human serum in its relation to the sero-diagnostic of enteric fever. Lancet. Dec. 19. — 31) Haan, J. de et H. Zwaardemaker, Een geval van Splenotyphus. Nederl. Tijdsch. No. 17. — 32) Henshaw, George B., The treatment of typhoid fever with typhoid thymus extract. Boston Journal. Vol. CXXXIV. No. 20. — 33) Jaccoud, De la fièvre typhoide. Gaz. méd. de Paris. No. 17. — 34) Johnston, Wyatt, On the application of the serum-Diagnostic of typhoid fever. New York. Med. Journ. Oct. 31. — 35) Johnston, Wyatt and D. D. Mc. Taggart, Observations on the serum reaction in typhoid fever and experimental cholera by the dried blood method. Brit. med. Journ. Decemb. 5. — 36) Kanthack, A. A. and J. H. Drysdale, Ulceration of the larynx in the course of typhoid fever. St. Barthol. Hosp. Rep. Vol. XXXI. — 37) Keen, W. W., Gangrene as a complication and sequel of the continued fevers, especially of typhoid. Boston Journ. July. — 38) Kühnau, Ein Fall von Septicopyaemia typhosa. Berl. klin. Wchschr. No. 30. — 39) Derselbe, Zur Kenntniss der Meningitis typhosa. Ebendas. No. 25. — 40) Lereboullet, Sur le diagnostic et le traitment des perforations intestinales dans la fièvre typhoide. Gaz. hebdom. No. 90. — 41) Manges, Morris, The antitoxic and the antiseptic methods in the treatment of typhoid fever. (Amer.) Med. News. No. 20. (Die Arbeit enthält, ohne Neues zu bringen, einen guten und kritischen Ueberblick über das überschriftlich genannte Thema.) — 42) Morax, M., Epidémies de fièvre typhoide dans la ville de Lausanne. Rev. méd. Suisse romande. No. 4. — 43) Newsholme, A., An address on the spread of enteric fever by means of sewage-contaminated shellfish. Brit. Med. Journ. Sept. 12. — 44) Paul, M. E., Notes on an abortive attack of typhoid fever in a patient who had previously suffered from that disease. Lancet. Dec. 26. — 45) Pfeiffer, R. und W. Kolle, Experimentelle Untersuchungen zur Frage der Schutzimpfung des Menschen gegen Typhus abdominalis. Deutsche med. Wochenschr. No. 46. — 46) Pressner, Louis, Ueber die Behandlung des Typhus abdominalis mit Injectionen von Culturflüssigkeiten von Bacillus typhi und Bacillus pyocyaneus. Prager Zeitschr. f. Heilk. XVI. 2. 3. — 47) Pulvermacher, Ueber Neuritis nach Typhus abdominalis. Inaug. Diss. Berlin. 1895. — 48) Reincke, J. J., Zur Epidemiologie des Typhus in Hamburg und Altona. Viertelj. f. öffentl. Gesundhpfl. S. 409. — 49) Derselbe, Zur Epidemiologie des Typhus in Hamburg. Münch. med. Wochschr. No. 23. (Referat des Vorigen.) — 50) Revilliod, L., Les maladies Eberthiennes. Rev. méd. Suisse romande. No. 5. — 51) Robin, A., und M. Binet, De l'action thérapeutique de la Balnéation froide dans la fièvre typhoide. Archiv. génér. Novemb. — 52) Russel, Will., Accidental rashes in typhoid and typhus fevers simulating the rash of scarlet fever. Lancet. March 21. — 53) Simon, Robert M., An address on the treatment of typhoid fever. Brit. med. Journ. March. — 54) Simpson, Christian, Notes on a case of typhoid fever with unusual sequelae. Edinb. Journ. Jannuary. — 55) Simpson, T. P., The use of alcoholic stimulants in typhoid fever. Philad. Reporter. No. 13. — 56) Singer, Gustav, Ueber Varietäten des Typhusexanthems und ihre Bedeutung. Wien. klin. Woch. 15 u. 16. — 57) Sudeck, P., Ueber posttyphöse Eiterung in einer Ovarialcyste. Münch. med. Wochenschr. No. 21. — 58) Stern, R., Diagnostische Blutuntersuchungen beim Abdominaltyphus. Centralbl. f. inn. Med. No. 49. — 59) Derselbe, Clin.-bacter. Beitr. zur Pathologie und Therapie des Abdominaltyphus. 8. Leipzig. Samml. clin. Vortr. 138. — 60) Thistle, W. B., The theory of eliminative treatment of typhoid fever. New-York Med.-Record. No. 16. — 61) Tuffier et Widal, Ostéopériostites multiples consécutives à la fièvre typhoide; absence du bacille d'Eberth dans le pus. Gaz. hebdom. No. 27. — 62) Vogl, Ueber die Entstehung der Typhusepidemie in der Garnison Passau im Sommer 1895. Münch. med. Wochenschr. No. 3 u. 4. — 63) West, Samuel, Case of haemorrhagic typhoid with recovery. St. Barthol. Hosp. Rep. Vol. XXXI. — 64) Whipham, Thomas, Some observations on the treatment of enteric fever. Lancet. July 11. — 65) Widal, F., Ostéite typhique débutant au cours de la maladie et disparaissant au moment de la défervescence. Gaz. hebdom. No. 27. — 66) Derselbe, On the sero-diagnosis of typhoid fever. Lancet. November. — 67) Wolff, H., Ein Beitrag zur Aetiologie und Verbreitungsweise des Abdominaltyphus. Berl. klin. Wochenschr. No. 39. — 68) Zienetz, M., Ueber Albuminurie beim Abdominaltyphus. Wien. klin. Woch. No. 1.

Reincke (48) giebt an der Hand zahlreicher Tabellen, statistischer Aufstellungen, Plänen und meteorologischer Angaben und rückgreifend auf seine früheren Mittheilungen über Typhusausbrüche in Altona im Gefolge von Störungen im Betriebe des dortigen Wasserwerks eine eingehende Darstellung des Typhus in Hamburg, Altona und dem Hamburger Gebiet. Für das Elbwasser als Träger der Krankheit sind eine Reihe neuer Belastungsmomente bekannt geworden. In den letzten Jahren machten die aus dem Hafen kommenden etwa den 10. Theil aller Typhusfälle aus, während die Hafenbevölkerung nur den 100. Theil der Gesammtbevölkerung bildet. An jeden der Choleraausbrüche

der Jahre 1892 und 1893, die durch das Leitungswasser bedingt waren, schloss sich nach 3 Wochen ein Typhusausbruch an, was nur zu verstehen ist, wenn angenommen wird, dass die Keime beider eine verschieden lange Incubation besitzenden Krankheiten gleichzeitig durch das Wasser ausgesäet wurden. Seitdem das Leitungswasser filtrirt wird, hat der Typhus in der ganzen Stadt ausserordentlich abgenommen; während bis 1892 2,06 (1891) — 8,09 (1886) und 1887 selbst 13,26 auf 1000 Einwohner erkrankten, ist seit Einführung der Trinkwasserfiltration im Mai 1893 die Zahl jetzt auf 0,76 (1894) und 0,96 (1895) gesunken; auf den Schiffen wurde demgegenüber die Krankheit nicht seltener wie früher. Im August 1893 wurde ferner eine Typhusepidemie von 19 Fällen im Anschluss an eine Brechdurchfallepidemie unter den Arbeitern einer Schiffswerft beobachtet, welche Elbwasser aus einem vorher gut functionirenden, durch Reinigung in seiner Wirksamkeit geschädigten Filter getrunken hatten, während die dieses Wasser nicht benutzende Arbeiterschaft im gleichen wie in allen benachbarten Betrieben völlig verschont blieb. Diese Thatsachen drängten zu der Nachprüfung, ob nicht auch schon in den Hamburger Typhusepidemien von 1885 bis 1888 das Wasser der städtischen Leitung betheiligt gewesen ist, was der Verf. früher bestritten hatte, jetzt aber unter Berücksichtigung verschiedener früher nicht beachteter Momente, die ausführlich dargelegt werden, anerkennt. Besonders wird auf die Verlegung der Schöpfstelle der Stadtwasserleitung im Herbst 1894 an einen Punkt hingewiesen, zu dem leichter Sielinhalt mit der aufsteigenden Fluthwelle gelangen konnte, ja gelangte, wie die bacteriologischen Keimgehaltsbestimmungen des Wassers erwiesen; auf die grossen Verbesserungen der Wasserversorgung seit 1848 gegenüber dem früheren Zustande trotz der ungünstigen Entnahmestelle, sodass die fortschreitende Abnahme des Typhus mit der zunehmenden Verunreinigung der Elbe, wie sie ständig wachsender Wasserverkehr und stromaufwärts neu entstehende Hafenbauten mit sich brachten, nicht so in Widerspruch steht, wie es früher erschien, und darauf, dass Wasserfeld und Typhusfeld sich seiner Zeit fast noch besser gedeckt haben, wie 1892 das Wasserfeld und das Cholerafeld. Neben der Verbreitung durch die Wasserleitung kommen Uebertragungen durch Milch, Brunnen und directen Verkehr vor, wie an einer Reihe eingehend verfolgter, hochinteressanter Beobachtungen aus Hamburg und Cuxhaven in den letzten Jahren geschildert wird. Was v. Pettenkofer als individuelle, örtliche und zeitliche Disposition bezeichnet, sind nur Hülfsursachen. Die Bekämpfung des Typhus muss die Fernhaltung der Typhusbacillen vom Menschen verfolgen; aus diesem Gesichtspunkte ist die Art der Wasserversorgung zu beurtheilen: die Canalisation wirkt nicht günstig durch Reinigung des Untergrundes, sondern durch Fernhaltung von Fäcalien von den Brunnen, Gräben und anderen Wasserläufen, die von Menschen benutzt werden. Durch derartige Assanirungsarbeiten müssen die Städte sich schützen, bevor die Einschleppung erfolgt.

Bäumler (4) betont, dass, während der Character des Typhus in Freiburg i. B. in Bezug auf Schwere in den letzten 20 Jahren genau der gleiche geblieben ist wie in den 70er Jahren, doch die Zahl der Fälle und insbesondere der Localitäten, in denen die Krankheit entstanden sei, abgenommen habe, und zwar erheblich und dauernd seit 1890; dadurch wird eine rein örtliche Einwirkung durch sanitäre Verbesserungen, die 1876 vollendete Wasserleitung und die 1889 ganz durchgeführte und durch Anlegung von Rieselfeldern vervollkommnete Schwemmcanalisation erwiesen. Während von 1881—1895 die Einwohnerzahl um 42 pCt., die Häuserzahl um fast 44 pCt. zugenommen hat, zeigt die Zahl der mit Typhen inficirten Häuser eine Abnahme von über 90 pCt. Die Frage nach Typhusinfectionen auf den Rieselfeldern ist noch nicht geklärt; die Insassen des Wirthschaftsgebäudes auf dem Rieselgute blieben verschont, von den Arbeitern erkrankten mehrere, bei denen sich eine andere Infectionsmöglichkeit nicht feststellen liess.

Die Morbidität des in Lausanne endemischen Typhus zeigt nach Morax (42) nach wechselnd grossen Intervallen epidemische Anschwellungen; ein solcher Anstieg hatte 1891 statt. Die Schwere der Krankheit nimmt allmälig ab. Die durchschnittliche jährliche Mortalität an Typhus betrug zwischen 1876 und 1880 3,54, in den 3 folgenden Lustren 1,3—0,9—1,3 auf 1000 Einwohner. Sie war zwischen 1876 und 1894 viel geringer, als in den 15 grössten Städten der Schweiz, nämlich 0.96 gegenüber 1,7 auf 100 Todesfälle.

Wolff (67) beobachtete auf der kleinen Elbinsel Neuhoff von 1889 bis 1893 34 Erkrankungen an Typhus — 16 pCt. der Bevölkerung wurden befallen — und zwar lagen sämmtliche Fälle in einem zusammenliegenden Häusercomplex auf der einen Seite der Insel: eine Verbreitung der Krankheit durch Milch oder Wasser liess sich nicht feststellen, so wird die Möglichkeit einer autochthonen Entstehung wieder ventilirt.

Berry (6) beschreibt eine Typhusepidemie von 79 Fällen, die in Grantham von Juni bis October sich abspielte, allmälig beginnend und plötzlich aufhörend, in der ersten Hälfte des September ihr Maximum erreichend. Nahezu sämmtliche Fälle lagen in einem Bezirk, der weniger als 375 m im Quadrat maass. Wasserversorgung oder Milch und sonstige Nahrungsmittel schienen bei der Ausbreitung der Krankheit keine Rolle zu spielen, speciell das Leitungswasser war bacteriologisch und chemisch nicht zu beanstanden. B. spricht hier der Verbreitung durch den Boden, begünstigt durch eine besonders trockene und warme Jahreszeit, die grösste Wahrscheinlichkeit zu.

Newsholme (43) berichtet unter Eingehen auf die von verschiedenen Seiten angestellten interessanten Versuche über die Lebensfähigkeit von Typhusbacillen in Salz- und Süsswasser, auf Austern, in verunreinigtem Wasser und im Boden über eine Reihe von Typhusfällen aus Brighton, die aller Wahrscheinlichkeit nach auf den Genuss von Austern oder anderen Schalthieren zurückzuführen waren. Infectionen durch Wasser oder Milch liessen sich sicher ausschliessen. Die Entnahmestelle der Schalthiere war durch Sielausflüsse stark

verunreinigt, wie auch bacteriologisch bestätigt wurde, und zwar stammten diese Abwässer aus Districten, in denen Typhusfälle in zeitlicher Coincidenz mit den in Brighton beobachteten, auf obigem Wege entstandenen vorgekommen waren.

Vogl (62) erörtert bei der Beschreibung der im Sommer 1895 beobachteten Typhusepidemie in der Nicolaicaserne in Passau, bei welcher von 1500 Mann 182 erkrankten, 4 starben, wie die Erklärung für diesen Ausbruch weder durch Contactinfection noch durch das Trinkwasser geliefert werde, und man als Vermittler den Luftweg zwischen dem verunreinigten, von einem defecten uralten Canalsystem durchzogenen Untergrund und den Wohnräumen annehmen müsse. Die erwiesene grosse Widerstandsfähigkeit der Typhusbacillen gegen Eintrocknung (Uffelmann) stützt diese Vermuthung. Daneben traten begünstigende oder hemmende Einflüsse von Seiten der Oertlichkeit sehr evident hervor, indem im Altbau der Caserne eine Morbidität von 16,3 pCt. der im Neubau von 9,8 pCt. gegenüberstand, die davon getrennte Barackencaserne nahezu ganz verschont blieb. Wichtig ist auch, dass von den 182 Erkrankten 124 Mann im ersten, 54 im 2. Jahrgang bei gleicher Iststärke beider Jahrgänge standen und 4 im 3.—12. Jahrgang. 9 Typhusfälle in einem Passauer Frauenkloster mit $^1/_3$ Mortalität im Winter 1894/95 leiteten die Casernenepidemie ein, in Passau war 1894 Typhus vielfach sporadisch aufgetreten. Eine eingehende bacteriologische Untersuchung des Bodenstaubs und des Fehlbodens der Caserne und des Bodens des Casernenhofs wurde vorgenommen, da eine hochgradige Verunreinigung und jauchige Imprägnirung desselben in Folge Bruchs des Abzugscanals stattgefunden hatte; aus sämmtlichen angelegten Proben waren 3 hinsichtlich Typhusbacillen nach allen der für diese geltenden Kriterien positiv.

West (63) beobachtete die sehr seltene Form eines hämorrhagischen Ileotyphus bei einem 18jährigen Mädchen. Die Zeichen der Blutdissolution traten in der 4. Krankheitswoche ein und hielten ungefähr eine Woche an. Neben Leibschmerzen, schlechtem Befinden, Erbrechen und Obstipation wurde eine Purpura und subcutane Hämorrhagien in Augenlidern und Conjunctiven constatirt, Bluthusten, Blutbrechen, Blutungen aus dem Zahnfleisch und Hämaturie. Wegen der Urinveränderungen angesetzte trockene Schröpfköpfe führten zu starken Unterhautblutungen. Es wurden Excitantien sowie Ergotin und Terpentin verordnet und bemerkenswerther Weise Heilung erreicht.

Der Fall de Haan's (31) und Zwaardemaker's gehört zu den von Eiselt als Splenotyphus bezeichneten; er wies die von diesem angegebenen 3 Characteristiken auf, Beginn mit Pharynxsymptomen, Milzschwellung nur während der Fieberperioden und Anwesenheit der Eberth'schen Bacillen in den Stuhlentleerungen. Der 22jährige vorher gesunde Mann war unter starkem Nasenbluten erkrankt. Roseola war vorhanden. Beim ersten Recidiv leichte bronchitische Erscheinungen, zum Theil mit hämorrhagischen Sputis und einer Darmblutung, die auf ein Opiumclystier sistirte. Zwei Recidive traten ein. Die Verff. sehen in den Pharynxerscheinungen eine directe Localisation des typhösen Processes, betonen das wechselnde Verhalten der Milz auch bei diesem Patienten sowie die im Verlauf hervortretende Neigung zu Blutungen; hinsichtlich des Fieberganges war der Fall ein leichter. Für die Cultur der Typhusbacillen bewährte sich eine Modification des Elsner'schen Nährbodens, der durch Zusatz von Normalnatronlauge neutralisirt wurde.

Day (13) beschreibt ein Typhusexanthem, das aus tiefrothen, leicht irregulären, rundlichen, erhabenen, auf Druck schwindenden Flecken bestand, die spärlich im Gesicht, reich an Abdomen, Brust und Rücken, vereinzelt an Armen und Oberschenkeln und nicht an Händen und Füssen sich fanden. Er sah eine gleiche Roseola-Form noch in 10 weiteren Fällen, — 3 von diesen starben, 5 mal trat Darmblutung ein, 4 mal unter allen 11 Epistaxis; so hat jene eine prognostische Bedeutung. Das Flecktyphusexanthem unterscheidet sich von ihr dadurch, dass es gleichartig ist und gleichmässig über den Körper verbreitet, dabei seltener im Gesicht und ausgesprochener an den abhängigen Körperregionen, es ist eine nicht erhabene Purpura, und das Prodrom bevorzugt Weichen und Achselhöhlen. — Schon eine reichliche gewöhnliche Roseola trübt bei einem Typhus die Prognose. Besteht klares Sensorium, hohe Temperatur, rascher Puls und Tympanites, so muss man auf eine Darmblutung gefasst sein und besonders, wenn obiges Exanthem noch dazu kommt.

Jaccoud's (33) Aufsatz bringt die klinische Besprechung eines Typhusfalles. Anzeichen eines schweren Verlaufes sind frühzeitiger Eintritt von Bronchitis und Albuminurie und eine nach vorherigen höheren Anstiegen am Schluss der ersten Woche nicht unter 39° zurückgehende Continua ohne stärkere Differenzen zwischen Morgen- und Abendtemperatur.

Der von Paul (44) citirte Fall betrifft einen 52jährigen Mann mit einem 9tägigen abortiv verlaufenden Typhus; er hatte die gleiche Affection schon 30 Jahre zuvor einmal überstanden; der für Abortivtyphus als characteristisch angesehene Schüttelfrost im Beginn fehlte, die frühzeitige Roseola war vorhanden, wurde bereits am 4. Tage constatirt. Gleichzeitig trat zu Anfang ein Herpes zoster im Ausbreitungsgebiet der hinteren Wurzel des 12. Dorsalnerven auf.

Zienetz (68) hatte neben 340 Typhen 37 letale Fälle und 11 mit Recidiven. Aus der Zahl der übrigen wurde bei 118 im ganzen Verlauf keine Spur von Eiweiss im Harn nachgewiesen, während in 174 eine verschieden starke und andauernde Albuminurie constatirt wurde. Gruppirt man die Fälle nach ihrer Dauer, so zeigt sich, dass von den mit der 2. Woche bereits abgelaufenen 31 kein und 23 Albumen im Urin hatte, 12 von diesen aber nur in spärlichen Mengen über kurze Zeitabschnitte. Von den 3wöchigen Formen boten 37 einen negativen Befund; 57 hatten Eiweiss und zwar 45 relativ geringe, 12 copiöse Ausscheidungen, bei den 4wöchigen war das Verhältniss 29 : 51, in der 5. Woche 15 : 27, in der 6. Woche 2 : 12. Allemal zeigte sich, dass grosse Unterschiede hinsichtlich der typhösen Benommenheit, der Delirien und anderer schwerer Symptome

und Complicationen zwischen den eiweissfreien und mit Albuminurie einhergehenden Fällen zu Ungunsten der letzteren bestehen. Oft kommen Haut und Darmcanal den erkrankten Nieren zu Hülfe, indem sie compensatorisch die Stoffwechselproducte aus dem Körper herausschaffen. Der Therapie wird hier der Weg gewiesen. — Von den 11 Fällen mit Recidiv verliefen 6 ohne, 5 mit Albuminurie, bei den 37 letalen umfasst die erstere Categorie nur 2; in der zweiten handelte es sich 12 mal um geringe, 3 mal um sehr grosse Mengen Eiweiss. Die Todesursachen der Fälle werden analysirt.

Kanthack und Drysdale (36) fanden bei einer Durchsicht von 53 Sectionsprotocollen an Typhus Verstorbener aus den Jahren 1890—95 in 14 oder zu 26 pCt. Substanzverluste im Larynx notirt. Dieser allein war 7 mal, die Epiglottis allein 4 mal, beide zusammen einmal afficirt, in 2 Fällen war mit dem Kehldeckel gleichzeitig weicher Gaumen oder Pharynx ergriffen. — Das mittlere Alter dieser Patienten betrug 22 Jahre; der älteste zählte 53, der jüngste 4 Jahre. Die Krankheitsdauer bis zum Tode schwankte zwischen 22 und 56 Tagen, war im Mittel 33. Die Fieberhöhe überschritt in 8 Fällen für geraume Zeit ante exitum nicht 39,5°. Die Hälfte der Kranken litt an Diarrhoe, 1 an starkem Erbrechen, 2 an ausgesprochener Schwerhörigkeit. Recht häufig wurde im Krankheitsverlauf eine sehr trockene Zunge bemerkt. Nach diesen Daten und theoretischen Erwägungen stehen die Verff. auf Seite derer, die obige Geschwüre als Secundäraffectionen ansehen. Eigene bacteriologische Untersuchungen wurden nicht gemacht.

Nach Allan (1) tritt Perforation beim Typhus gelegentlich schon vor der 3. und 4. Woche ein. Es scheint, dass jene nicht unbedingt lethal zu sein braucht; Opium in grossen Mengen, grösstmögliche, bis lange in die Reconvalescenz durchgeführte Ruhe und Symptomatica sind therapeutisch am Platze. Die wichtigsten auf diese Complication hinweisenden Zeichen sind ausser dem nur selten fehlenden Schmerz, dem Brechreiz, der Facies Hippocratica und der Empfindlichkeit des Abdomens ein die Differentialdiagnose gegen Darmblutung sichernder Anstieg der Temperatur, der zuweilen von einem Absinken derselben eingeleitet wird und eine erhebliche Verschlechterung des Pulses. Perforationssymptome können vorgetäuscht werden durch eine von einem Peyer'schen Plaque oder einer erweichten Mesenterialdrüse ausgehende localisirte Peritonitis, durch Durchtritt eines Gallensteines oder den Beginn eines Aborts.

Lereboullet (40) weist auf Grund eigener Beobachtungen und von Angaben einer Reihe von Autoren, u. A. Lorain, Griesinger, Homolle, nach, dass die Angabe Dieulafoy's, die Darmperforation im Typhus sei stets von einem Absinken der Temperatur begleitet, nicht für die Mehrzahl der Fälle zutrifft, geschweige denn pathognomonisch verwerthet werden kann. Um nicht den Collapsus algidus mit einer Hypothermie zu verwechseln, sind Temperaturmessungen im Rectum stets vorzunehmen. Für einen Darmdurchbruch spricht ein rasch entstandener Meteorismus, eine starke Druckempfindlichkeit der Ileocöcalregion, Erbrechen, Singultus, Beengungsgefühl und erhebliche Beschleunigung, Kleinerwerden und Irregularität des Pulses; letzteres Symptom kann auch die Darmblutung begleiten.

Singer (56) theilt 6 Beobachtungen von Folliculitis beim Abdominaltyphus mit, von acneähnlichen Efflorescenzen an Brust- und Bauchhaut, die klinisch ein den Roseolen entsprechendes Verhalten zeigen, am Ende der 1. oder zu Beginn der 2. Woche erscheinen, schubweise auftreten, 3—5 Tage in der Regel stehen, auch aus Roseolen hervorgehen können, bei der Involution jedoch Pigmentablagerung zeigen. Von jenen Kranken wurden bei 5 die Folliculitiden bacteriologisch geprüft, wobei in 4 Fällen der Nachweis von Typhusbacillen gelang. Demgegenüber fand er unter 5 Fällen mit der gewöhnlichen Hauteruption nur einmal im Roseolenblut Eberth'sche Bacillen, in 2 Staphylococcen. Er hält die Roseola nicht für ein Reflexsymptom, sondern ebenso wie obige elevirten Formen für Hautmetastasen, die embolischen Ursprunges sind. Je reicher die Haut von Blut durchströmt wird, um so ausgeprägter sind die Veränderungen, während bei anämischer Haut die Bedingungen für das Auftreten von Pilzembolien ungünstig sind. Dauernde Anämie der Haut bei Typhus lässt ferner den Eintritt von Darmblutungen befürchten.

Russel (52) sah in 2 Fällen von Typhus ein scarlatinöses Exanthem ohne gleichzeitige Rachenaffection und spätere Desquamation vor Erscheinen der Roseola auftreten; bei einem Kranken mit Typhus exanthematicus zeigte sich eine gleiche, nicht zur Abschuppung führende zweitägige Hautröthe mit Halsschmerzen am 4. fieberfreien Tag unter Temperaturanstieg bis 39,4°. Er betont, wie wichtig die Kenntniss solcher den Verlauf nicht beeinflussender Eruptionen ist.

Kühnau (38) fand intra vitam und post mortem Microorganismen mit sämmtlichen für Typhusbacillen characteristischen Eigenschaften im Blut einer 32 jähr., in der ersten Krankheitswoche von einem lebenden Kind entbundenen Frau. Die Krankheit hatte mit metastatischen Abscessen überwiegend die Erscheinungen der Septicopyämie geboten, während der subacute Beginn, der Befund von Roseolen und die Verminderung der Leucocyten im Blut auf Abdominaltyphus hinwiesen. Tod in der 9. Woche. Ulcerationen oder markige Infiltrationen im lymphatischen Apparat des Darmes fehlten vollkommen, Endo- und Parametrien waren bei der Section normal, die Milz war wenig vergrössert, die Nieren boten microscopisch die verschiedenen Stadien der eitrigen Nephritis.

Derselbe Autor (39) konnte bei der Section eines 32 jährigen Mannes, der in der 6. (10.?) Woche eines Ileotyphus unter meningitischen Erscheinungen verstarb, Thyphusbacillen in Reincultur aus dem eitrigen Exsudat der Gehirnhäute, ebenso wie aus Milz und Mesenterialdrüsen isoliren. Es handelte sich um eine echte Meningitis typhosa.

Nach Keen (37) trifft man auf Gangrän im Anschluss an infectiöse protrahirte, insbesondere typhöse Fieber seltener als auf Knochenläsionen. Sie ist nie ein Spätsymptom, tritt entweder in vorgeschrittener

Fieberperiode oder in der Reconvalescenz auf, der früheste Termin war der 14. Tag, der späteste in der 9. Woche. Die Pathologie der Affection wird ausführlich geschildert. Keen giebt einen Ueberblick über 203 Fälle von Gangrän, die zumeist nach Typhus abdominalis, vielfach auch nach Fleckfieber sich ausgebildet. Der Einfluss des Lebensalters auf Entstehen einer Gangrän war nicht sehr deutlich. Das Verhältniss der Männer zu den Frauen war 3 : 2. In mehr als der Hälfte aller Beobachtungen werden die Beine, sehr viel seltener Gesicht, Hals und Rumpf, dann in absteigender Häufigkeit die Genitalien, die Nase, die Ohren und oberen Extremitäten befallen. Die Gangrän kann arteriellen oder häufiger venösen oder beiderlei Ursprungs sein, in ersterem Falle sind beide Körperhälften gleich häufig ergriffen, in letzterem prädominirt der Sitz im linken Bein weit über dem im rechten. Therapeutisch ist das Wichtigste die präventive Behandlung, welche die schwache Herzthätigkeit und verminderte Blutqualität bekämpft. Bei operativen Eingriffen hat man in der Regel die Demarcationslinie abzuwarten, dann aber bald zu operiren.

Bodländer's (7) statistische Beiträge umfassen 81 im Greifswalder pathologischen Institut zur Section gekommene Fälle von Abdominaltyphus. Die Todesursache war zu suchen: 28 mal oder zu 34,5 pCt. in Herzerkrankungen oder deren Folgen, je 15 mal oder zu 18,5 pCt. in septischen Complicationen, in localen Darmveränderungen und in Lungenerkrankungen, wobei Perforation und Darmblutung je 6 mal, Peritonitis ohne Perforation 3 mal, Pneumonia crouposa 6 mal und Bronchopneumonieen mit Folgezuständen 9 mal zur Beobachtung kam. Hirnveränderungen waren 1 mal, die Schwere der Infection 3 mal, anderweitige Complicationen, Tuberculose, Pleuritis, Colitis haemorrhagica 4 mal anzuschuldigen. Die Perforation mit 7,5 pCt. zeigt in dieser Reihe die gleiche Häufigkeit, mit der sie auch in anderen Statistiken — 7,2—9 pCt. — figurirt.

Revilliod (50) berichtet über 2 Krankheitsfälle, die durch den Nachweis der Eberth'schen Bacillen als typhöse anzusprechen sind, im Uebrigen aber ein unter sich und vom Abdominaltyphus ganz differentes Bild boten. Die erste Beobachtung betrifft ein 17 jähriges schwer afficirtes Mädchen mit irregulärem Fiebertypus, bei der Haematurie und Pyurie mit Vergrösserung der rechten Niere im Vordergrund standen; als die Symptome allgemeiner Sepsis hochgradig waren, wurde mittelst einer Terpenthineinspritzung unter die Haut ein „Fixationsabscess" (Foschier) gemacht, nach welchem Besserung und Heilung eintrat; im Urin und Eiter des Abscesses wurden Typhusbacillen gefunden: will man die Affection als Nephrotyphus bezeichnen, so muss man im Auge behalten, dass sie sich auch völlig von der gewöhnlichen renalen Form des Typhus abdominalis unterscheidet. In dem zweiten Falle bot ein 9jährig. Knabe das Symptomenbild der Meningitis; Heilung trat ein, in dem auch hier hervorgerufenen Fixationsabscess wurden Typhusbacillen nachgewiesen und R. betont neben seinem therapeutischen Werth auch die hohe diagnostische Bedeutung dieses Vorgehens.

Bei einem 20j. Mann sah Ebstein (21) im Verlauf eines Typhus, dem nach 5 Tagen sich ein mit nephritischer Reizung einhergehendes, durch bedrohliche Herzschwäche schweres Recidiv anschloss, vom 8. Krankheitstage — einige Zeit prodromaler Symptome ungerechnet — eine Ptosis sinistra nebst Parese des M. rectus internus, welche erstere allem Anschein nach sich bereits 5 Tage vorher entwickelt hatte; sie wurde weit schneller als letztere wieder rückgängig. Aetiologisch sind diese Lähmungen wohl als toxische zu deuten. Ferner traten am 5. Tage nach Aufhören des Fiebers sehr heftige epileptiforme Anfälle mit nachfolgender mehrtägiger Bewusstlosigkeit ein; motorische Reizerscheinungen wurden auch gelegentlich während der krampffreien Zeit beobachtet. Dazu gesellten sich sensible Alterationen, Hauthyperästhesie und Schmerzen in den unteren Extremitäten, an deren distalsten Partien sich auch trophische Störungen in Form von Blasenbildungen zeigten.

Pulvermacher (47) beobachtete im Verlauf eines mittelschweren Typhus mehrere zum Theil recht seltene Complicationen: in der 2. Krankheitswoche eine Pneumonie im rechten Unterlappen, kurz nachher dann eine exsudative Pericarditis und ferner noch im Höhestadium der Krankheit eine localisirte degenerative, auf toxische bacterielle Stoffwechselproducte wohl zurückzuführende Neuritis mittlerer Schwere in beiden Unterextremitäten; 14 Tage später trat noch eine Thrombose der linken V. cruralis hinzu. Die Neuritis bot die paralytisch-amyotrophische Form mit Anaesthesia dolorosa aber ohne trophoneurotische Störungen.

Simpson (54) macht darauf aufmerksam, dass unter den psychischen Störungen nach Typhus, die verschieden häufig, auf 0,55—4,4 pCt. aller Fälle, veranschlagt werden, die maniakalischen Formen meist im fieberhaften Stadium, die melancholischen in der Reconvalescenz auftreten. Bei einer 45jährigen Frau sah er folgende nervöse Folgezustände eines 17 Jahre zuvor durchgemachten Typhus: eine nervöse Dysarthrie, einen gewissen Grad von Dementia und unvollständige cataleptische Zustände, wie sie auch nach Meningitis und Intermittens beobachtet werden, plötzlich beginnende, verschieden lange anhaltende, gelegentlich sich häufende Anfälle von Bewusstlosigkeit mit Rigidität der Muskeln besonders in Kopf und Beinen und Flexibilitas cerea der oberen Extremitäten. Ein stark hysterischer Zug war daneben vorhanden und wohl auf eine Verlagerung des Uterus zu beziehen.

Gindiceandrea (25) bespricht im Allgemeinen die Beziehungen der multiplen Sclerose zu Infectionskrankheiten. Er behandelte eine 24j. Frau, die 30 Tage nach einem 40 tägigen Typhus die ersten Symptome einer 5 Monate später bereits voll ausgeprägten multiplen Sclerose darbot. Er vermuthet directe bacilläre Einwirkungen oder toxische Ursachen durch bacterielle Stoffwechselproducte als Aetiologie dieser Veränderungen im Centralnervensystem, die durch individuelle nicht näher zu definirende Momente begünstigt werden.

Sudeck's (57) Beobachtung betrifft eine 32jährige Patientin, die 8 Wochen nach einem Typhus abdominalis wegen einer vereiterten Ovarialcyste operirt wurde; aus dem Inhalt derselben wurden auf mit und ohne O-Zutritt im Wärmschrank behandelten Glycerinagarplatten Reinculturen von Typhusbacillen gezüchtet, während in der pyogenen Membran der Cyste und im Gewebe derselben fast ausschliesslich und zwar in grossen Mengen nach Gram nicht entfärbte Diplococcen nachgewiesen wurden. Es erhellt daraus, wie wenig der positive Ausfall des Culturverfahrens allein als Beweis in der noch umstrittenen Frage nach den pyogenen Eigenschaften der Eberth'schen Bacillen herangezogen werden kann.

Catrin (10) räth, bei Fieberanstiegen während des Abfalls oder in der Reconvalescenz eines Typhus stets die Möglichkeit beginnender Abscesse oder Phlegmonen im Auge zu behalten. Er beschreibt zwei solche Fälle phlegmonöser Abscesse, die beide auf dem Staphylococcus pyogenes aureus beruhten. Das Serum des Eiters klärte Bouillonculturen von Typhusbacillen.

Widal (65) konnte, während Knochencomplicationen bei Typhus im Allgemeinen ein Spätsymptom sind, meist im 1. Monat der Reconvalescenz auftreten, eine Osteitis costalis, an der 9. Rippe in Gestalt einer harten schmerzlosen von gerötheter Haut überzogenen Geschwulst am Rücken gelegen, schon im Verlauf eines protrahirten Typhus beobachten; sie bildete sich am Schluss der 6. Krankheitswoche zu gleicher Zeit mit der Defervescenz desselben zurück.

Tuffier und Widal (61) sahen nach einem Typhus von mittlerer Schwere aber sehr protrahirtem Verlauf im 4. Monat der Reconvalescenz eine in den ersten Tagen schmerzhafte, später indolente Schwellung der linken Tibia sich ausbilden, der in derselben und in der anderen Tibia weitere gleiche Herde folgten. Die 16 Monate nach Beginn des Typhus gemachte Operation förderte einen sterilen Eiter zu Tage, während Widal noch nach 18 Monaten, andere Beobachter nach Jahren Eberth'sche Bacillen aus solchem Eiter züchteten. Eine posttyphöse Knochensuppuration sah Widal noch zehn Jahre nach dem Grundleiden.

Etienne (23) constatirte in dem Blut eines viermonatlichen Fötus, der von einer 18jährigen Typhuskranken am 29. Tage der Affection abortirt war, und dessen Organe, insbesondere Milz und Darm, ebenso wie die Placenta pathologische Veränderungen nicht aufwiesen, Eberth'sche Bacillen. Die Literatur dieser fötalen Infectionen wird kurz berührt.

Dürck (16) fand bei der Section eines Kindes, das von einer in der dritten Woche an Typhus kranken Frau geboren und 4 Stunden post partum gestorben war, Schwellung und dichtstehende Hämorrhagien der Leber, vorzüglich ihres linken Lappens, Vergrösserung und Blutreichthum der Milz und leichten Ascites. Bacteriologisch wurden im fötalen Blut Typhusbacillen und der Staphylococcus pyogenes albus nachgewiesen, es lag also eine placentare Mischinfection vor; dass der Uebertritt der Microorganismen nicht erst sub partu erfolgte, wird durch das Vorhandensein organischer Läsionen im Kinde erwiesen.

Grünbaum (29) weist auf die von Gruber und Durham gefundene und zur Identificirung von Bacterien empfohlene Thatsache hin, dass sich bewegliche pathogene Microorganismen unter Verlust ihrer Beweglichkeit zusammenballen, sobald 1 Tropfen einer Emulsion dieser Microorganismen mit 1 Tropfen Serum eines gerade gegen sie immunisirten Thieres zusammengebracht wird. Aehnliche Wirkungen waren vom Blut Cholera- und Typhuskranker auf die betreffenden Bacillen zu erwarten. Er constatirte, dass das Blut normaler Meerschweinchen keine ausgesprochen zusammenballende Eigenschaften auf Eberth'sche Bacillen besitzt, sie waren aber nach Beobachtungen an 30 gesunden und kranken Menschen in deren Sera in verschiedener Menge enthalten, bei Icterus besonders reichlich; jedoch nur in Fällen von Typhus, von denen 8 zur Untersuchung kamen, zeigten sich, und deshalb ist dies ein diagnostisches Zeichen, nach 30 Minuten noch bei 16facher Verdünnung evident lähmende und agglutinirende Wirkungen. Die Prüfung wird folgendermassen angestellt: ein dem Kranken entnommener Blutstropfen wird in einer capillaren Röhre centrifugirt; das so gewonnene Serum wird nach entsprechender Verdünnung mit einer in Bouillon aufgeschwemmten 24 Stunden alten, auf etwas trockenem Agar gezüchteten Typhusbacillencultur vermengt, das Gemisch im hängenden Tropfen beobachtet.

Widal (66) wahrt gegenüber Grünbaum die Priorität seiner Serodiagnose des Typhus. Die immobilisirenden und zusammenballenden Wirkungen des Blutserums von Typhuskranken auf die Eberth'schen Bacillen demonstrirt er, indem er zu einer bereits trübgewordenen Bouilloncultur von Typhusbacillen das Serum fügt, worauf sich nach einigen Stunden die Flüssigkeit klärt und ein Sediment abscheidet, oder indem er Bouillon gleichzeitig mit einer geringen Menge einer Typhusbacillenreincultur und wenigen Tropfen solchen Serums versetzt und im Wärmschrank bei Körpertemperatur 15—24 Stunden hält: auch dann sind die agglomerirten Bacillen zu Boden gesunken. Das rascheste Verfahren ist, mit 10 Tropfen einer frischen Bouilloncultur von Eberth'schen Bacillen 1 Tropfen Serum oder Blut eines Typhuskranken zu mischen und unter dem Microscop die Häufchenbildung der Microorganismen festzustellen.

Grünbaum (30) hebt hervor, dass man bei der von Widal und ihm angegebenen Reaction die Versuche mit verdünntem Serum anstellen muss, da nur dann die specifischen Eigenschaften hervortreten. Die Reaction an sich ist nicht specifisch: viele Proben menschlichen Serums wirken, wenn auch in wechselnd starkem Maasse auf verschiedene Bacterien, unverdünntes Serum eines Typhuskranken z. B. deutlicher auf die Cholerabacillen und das Bacterium coli als auf den Eberth'schen Bacillus. Nur die rasch eintretende Reaction hat einen Werth; fast jedes menschliche Serum, auch verdünntes, entfaltet mit der Zeit zusammen-

ballende Effecte auf die Bacillen, man muss $^1/_2$ Stunde dafür festsetzen. — Ob jene Fähigkeit des Serums mit einer Immunität des Individuums nach überstandenem Typhus parallel geht, lässt sich noch nicht entscheiden. Die Bewegungshemmung und Häufchenbildung bei den Bacillen durch das Serum ist Ausdruck zweier unter sich unabhängiger Eigenschaften desselben. Das mütterliche und kindliche Blut gleich nach der Geburt zeigt in obiger Richtung Verschiedenheiten.

Johnston (34) tritt für die klinische Verwerthbarkeit der Serodiagnosis ein. Er arbeitete vorwiegend mit dem durch Anfeuchten vorher getrockneten Blutes gewonnenen Serum und bestätigt, dass das Blut auch in trockenen Zustande durch lange Zeit, sicher 2 bis 4 Wochen, die Fähigkeit der Agglutination sich bewahrt. Bei 10 Typhuskranken blieb die Reaction kein Mal aus, trat meist rasch, selten verlangsamt ein; sie liess sich bei 10 anderweitig Kranken und bei Gesunden niemals in gleicher Weise auslösen.

Stern (58) hat die Widal'sche Reaction an 16 grösstentheils zu wiederholten Malen untersuchten Fällen, von denen der früheste am 9. Krankheitstage stand, erprobt und fast immer positiv befunden; er sah nur eine Ausnahme, bei der sie am Ende der 2. Woche fehlte, 2 Tage später vorhanden war. Die Untersuchung, so lange sie keine quantitative sein sollte, wurde so vorgenommen, dass das Blut unmittelbar nach der Entnahme mit der Typhuscultur versetzt und durch Centrifugiren dann die rothen Blutkörperchen ausgeschleudert wurden; die Gerinnung des mit Bouillon vermischten Plasmas tritt bei stärkerer Verdünnung des Blutes erst spät ein und stört bei der Untersuchung gewöhnlich nicht. Wird die Centrifugirung erst $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde nach der Vermischung vorgenommen, so tritt bei reichlichem Gehalt an Parasiten der Unterschied gegenüber der Controlprobe rascher und sehr augenfällig hervor, da mit dem Blutserum ein grosser Theil der sich bildenden Bacterienhäufchen fortgerissen wird. — Zahlreiche Vergleichsversuche bei verschiedenen anderen Krankheiten, u. a. Meningitis, Pneumonie, Tuberculose, fieberhaftem Magendarmcatarrh, oder bei Gesunden ergaben bei dem von Widal vorgeschlagenen Verhältniss von Serum zu Typhuscultur — 1 : 10 bis 1 : 15 — im Grossen und Ganzen negative Resultate; nothwendig ist es, für jede zur Serodiagnostik zu verwendende Typhuscultur zunächst dasjenige Verhältniss von Serum und Cultur festzustellen, bei dem das Serum von Nichttyphösen sicher wirkungslos ist.

Breuer's (9) Untersuchungsmaterial bildeten 43 Typhen und 27 nichttyphöse, sehr verschiedenartige, zumeist fieberhafte Erkrankungen bei Patienten, in deren Anamnese ein überstandener Typhus fehlte. In letzterer Gruppe fiel bei 22 die serodiagnostische Reaction unzweifelhaft negativ aus, eine geringe agglutinirende Wirkung wurde in 5 Fällen gesehen, bei einer leichten Perityphlitis, bei einer acuten Miliartuberculose mit Delirium und in 3 Fällen anscheinender Autoinfection vom Darm aus, die mit Fieber und bedeutender Milzschwellung einhergingen. 9 Untersuchungen wurden bei Typhusreconvalescenten vom 5. Tage ab bis zu 3 Monaten vorgenommen: bei 2 ergab sich nach einem 17tägigen bezw. $3^1/_2$wöchigen Intervall ein negatives Resultat. Bei den 43 meist 2—5 mal untersuchten Typhen von sehr verschiedener Schwere war das serodiagnostische Ergebniss stets deutlich und sicher positiv; es ist ein Fall vom 6., 3 vom 8., 2 vom 9. Krankheitstage darunter. In einem Fall, der näher beschrieben wird und diagnostisch nicht sichergestellt erscheint, da auch Complicationen einer Darmverletzung vorgelegen haben mögen, trat die Reaction erst sehr spät, nach anfänglichem langen Fehlen, ein. Beziehungen zwischen Schwere des Typhus und Deutlichkeit der Reaction schienen nicht zu bestehen. Manchmal gab die Serodiagnostik sichere positive Fingerzeige für Erkennung der Krankheit, ehe die übrigen Symptome dieses gestatteten und auch ihr negativer Ausfall erschien klinisch verwerthbar.

Johnston und Taggart (35) betonen, dass bei Anstellung der Widal'schen Serodiagnosis die von ihnen geübte Verwendung getrockneten Blutserums befriedigende Resultate giebt, für die überwiegende Mehrzahl der Fälle in diagnostischer Hinsicht ausreicht. Es wurden 290 Blutuntersuchungen gemacht. Das getrocknete Serum von Typhuskranken hatte selbst nach 60 Tagen nicht seine Wirkung verloren, eine Thatsache, die forensische Bedeutung erlangen mag. Auch bei der experimentellen Choleraimmunität beeinträchtigte die Trocknung des Blutes die Reaction nicht. Eine unvollständige oder partielle Reaction wird vorwiegend in sehr milden Typhusfällen, in Recidiven, in vorgerückter Reconvalescenz und in sehr frühen Krankheitsstadien gefunden, eine ausgesprochene blieb selten nach dem 5. Tage aus. — Unter 129 Fällen von Typhus wurden positive Ergebnisse in 95 pCt. erzielt, — in 99 pCt., wenn man die ausschliesst, in denen die Krankheit bereits abgelaufen oder eine zweite Blutuntersuchung nicht möglich war. Unter 17 3 Wochen bis 3 Monate nach Ablauf der Affection angestellten Versuchen fand sich nur 1 negatives Ergebniss. Feste Beziehungen zwischen Schwere der Krankheit und Intensität der Reaction fehlen. In 33 Fällen von Fieber aus anderen Ursachen wurde sie nicht erzielt, ebensowenig mit dem Blutserum von Gesunden oder von Leichen, wohl aber mit Pferdeblutserum, wie schon Bordet hervorhob; letzteres wirkt aber im Gegensatz zum Typhusblut auch auf Culturen des Colibacillus. Im Thierexperiment lassen sich die Bedingungen für die Reaction leicht hervorrufen, sie tritt lange vor Immunisation der Thiere ein. Die Verff. berühren die Möglichkeit, die mit Typhusblutserum erzielte Häufchenbildung der Eberth'schen Bacillen zur Isolation derselben bei aus Wasser oder Fäces angelegten Culturen zu benutzen.

Die Beobachtungen von Delépine und Sidebotham (14) bestätigen ebenfalls die Widal'sche Serodiagnosis des Typhus. Sie bewährte sich in 25 unzweifelhaften Fällen von Typhus, war bereits am Ende der 1., am sichersten in der 3. und auch noch in der 5. Krankheitswoche vorhanden, während sie in anderen zum Theil mit Eiterung, Angina, Otitis, Bronchitis, Nephritis, Diarrhoe und Delirium complicirten Affectionen, wie Schar-

lachfieber, Erysipel, Parotitis, Tuberculose und Puerperalfieber negativ ausfiel. In zeitweise zweifelhaften Krankheitszuständen gab sie im Allgemeinen verlässliche Anhaltspunkte. Das Blut Gesunder lässt die Reaction nicht, unvollständig manchmal nach 24 Stunden hervortreten. Sie trat beim Typhus, wenigstens nach dem 9. Krankheitstag, meist sehr prompt, gewöhnlich in einigen Minuten ein und liess sich mit trocknem wie flüssigem Serum hervorrufen, nur dass jenes seine Wirkung mitunter schon am 6. Tage verloren hatte, während letzteres sie zuweilen erst nach 24 Tagen einbüsste.

Durham (20) untersuchte 10 klinisch typische Fälle von Typhus auf die Widal'sche Reaction hin. Positive Resultate ergaben sich nicht ausnahmslos, weder während der ersten Attacke oder während der Rückfälle, noch nach ihnen. Das Serum wird in 5—6 proc. Verdünnung am besten benutzt und zu 25—30 cm 0,5 ccm der Bouillonemulsion gefügt; das Gemisch wird nach 10 bis zu 30 Minuten microscopisch im hängenden Tropfen untersucht. Er räth, stets Controllversuche zu machen und nur frische virulente, am liebsten auf Agar gezüchtete Culturen zu verwenden, da alte und abgeschwächte schon ohne Serumzusatz Klümpchenbildung zeigen: die Emulsion soll auch nicht zu viel Bacillen enthalten.

Greene (27) benutzte bei seinen Nachprüfungen der Widal'schen Reaction frisches und getrocknetes Blut. Er hält die Verwendung allein des Serums nicht für nothwendig. In zweifelhaften Fällen erwies sich die Methode von hohem differentialdiagnostischem Werth. Ein positiver Ausfall wurde in sämmtlichen untersuchten Typhusfällen, 16 an der Zahl, und zwar bereits am 4. Krankheitstage, notirt; demgegenüber blieb ein solcher bei 19 an anderen, zumeist fieberhaften Krankheiten leidenden Patienten aus.

Dieulafoy (15) erwägt die mannigfachen Vortheile, welche durch die Widal'sche Probe der Diagnostik der acuten fieberhaften Affectionen erwachsen sind; er selbst konnte die paralysirenden und häufchenbildenden Wirkungen auf Typhusculturen nie mit dem Blutserum Nichttyphuskranker erzielen, bei 2 Typhösen sah er sie am 7. und am 12. Krankheitstage.

Dieulafoy (17), Widal und Sicard suchten zu bestimmen, welche Substanzen im Blut Typhuskranker bezw. im Serum mit Typhusculturen behandelter Thiere auf den Eberth'schen Bacillus agglutinirend wirken. Die Reaction ward ausnahmsweise mit dem Urin, constant mit dem durch Zugpflaster gewonnenen Serum erhalten, ferner fiel sie mit der in Autopsieen entnommenen Pericard-, Pleural- und Peritonealflüssigkeit positiv aus; Achard und Beusaude fanden sie zuerst in der Milch typhuskranker Wöchnerinnen, ähnliche Ergebnisse traten im Thierversuch hervor; demgegenüber constatirte Étienne, dass das Blut einer schwangeren Typhuspatientin die Reaction sehr deutlich gab, das des abortirten Fötus hingegen nicht, jedoch sprechen thierexperimentelle Erfahrungen dafür, dass die Fähigkeit der Agglutination, wenn auch in abgeschwächtem Grade vom mütterlichen auf den fötalen Organismus übergehen kann; vereinzelt liess Galle, nie die Flüssigkeit der Samenbläschen, der Liquor cerebrospinalis und der Speichel die Reaction auftreten, wohl aber der Humor aqueus und die Thränen, also eine leucocytenfreie Flüssigkeit; sobald man das Auge zu stärkerem Thränen reizte, konnte die Reactionsfähigkeit aus der so erhaltenen Flüssigkeit schwinden. — Wurden nun die Albuminsubstanzen des Fibrinogens, Globulins und Caseins durch im Einzelnen beschriebene chemische Verfahren aus dem Serum von Typhuskranken isolirt, so war demselben die lähmende und häufchenbildende Eigenschaft genommen, während jene Substanzen sie, wenigstens zum Theil, behielten. Sie gaben sie, sobald sie dann in Lösung gebracht wurden, wieder ab und hielten sie bei erneuter Fällung in ihrem Niederschlag wieder zurück. Das Phänomen der Agglutination eröffnet möglicherweise auch dem Studium der Albuminsubstanzen einen neuen Weg.

Greene (28), der die Ehrlich'sche Diazoprobe im Einzelnen ein wenig modificirt hat, hält nach den Untersuchungen von 315 Fällen aus mehr als 50 verschiedenen Krankheitszuständen diese Reaction zwar nicht für pathognomonisch, aber doch für ein constantes und frühes Zeichen beim Typhus. Denn von 64 Kranken war das Ergebniss nur bei 3 auch sonst atypischen Typhen ein negatives. Vorhanden war die Reaction ferner unter 11 Pneumonieen bei einer ganz besonders schweren Form, ebenso in 3 von 4 Septicaemieen und 2 von 4 Carcinomen, während sie in 3 Fällen von acuter Miliartuberculose, in 4 Fällen von allerdings nur mittelschwerer Malaria und 3 Appendicitiden ausblieb. — Die bei 11 Typhuskranken und zwar frühestens in der 3., spätestens in der 9. Woche gemachte Widal'sche Probe fiel allemal positiv aus.

Pfeiffer und Kolle (45) gehen davon aus, dass nach zahlreichen statistischen Erhebungen und sorgfältigen Einzelbeobachtungen die nach Haffkine's Verfahren Inoculirten gegen die natürliche Cholerainfection in beträchtlichem Grade geschützt sind. Eine experimentelle wissenschaftliche Grundlage für die Beurtheilung dieser Thatsache lieferten Untersuchungen Kolle's, wonach im Blute von Menschen, welche eine subcutane Injection oder deren mehrere von lebender oder abgetödteter Choleracultur erhalten haben, eine Veränderung sich einstellt, beruhend auf dem Vorhandensein der specifisch-bactericiden Choleraantikörper, die ihm eine specifische Schutzkraft verleihen. Die Verff. untersuchten nun, wie der Mensch sich gegen die subcutane Einverleibung einer kleinen Dosis abgetödteter Typhusbacillen verhalten würde. Gesunde oder nicht fieberhaft erkrankte Personen, die vorher nicht Abdominaltyphus überstanden hatten, wurden ausgewählt, als Injectionsstoff diente eine vollständig bei 56° sterilisirte Aufschwemmung von Typhusagarcultur in Bouillon. Stärkere locale Reactionen fehlten, allgemeine traten unter mässiger Fiebersteigerung ein. Das Serum wurde vorher und nachher durch blutigen Schröpfkopf gewonnen und in Bezug auf seine Schutzkraft gegen die intraperitoneale Typhusinfection der Meerschweinchen geprüft. Es ergab sich, dass die ein-

malige Injection einer minimalen Menge — ungefähr 2 mg der frischen Culturmasse — abgetödteter Typhuscultur zu einer specifischen Blutveränderung führt, welche schon nach 6 Tagen nachweisbar ist und mindestens denselben Grad erreicht, wie ihn Typhusreconvalescenten besitzen. Da es sehr wahrscheinlich ist, dass das Auftreten der specifisch-bactericiden Substanzen im Blute von Menschen nach überstandenem Abdominaltyphus die wesentliche Ursache der danach zurückbleibenden Immunität darstellt, müssten solche prophylactischen Schutzimpfungen eine Immunität von gleicher Höhe und Dauer wie die natürliche Typhusinfection erzeugen. Dieses kann unter bestimmten Verhältnissen, beim Herrschen einer intensiven Epidemie, zur Prophylaxe bei Belagerungen in Kriegszeiten von practischer Bedeutung werden.

Pressner (46) berichtet im Anschluss an die Arbeiten E. Fraenkel's und Rumpf's über 7 Fälle von Typhus, die mit Injectionen von Culturflüssigkeiten des Bac. typhi und ebenso viele, die mit denen des Bac. pyocyaneus behandelt wurden. Eine eigentliche Beeinflussung trat nur in 2 Fällen der ersten Reihe hervor, einer von diesen bekam später ein Recidiv. Ungünstig war in diesen Fällen die der Injection stets folgende Temperatursteigerung mit Verschlimmerung des subjectiven Befindens, ebenso die häufig an der Injectionsstelle auftretende Röthung, Schwellung, Schmerzhaftigkeit und selbst Abscessbildung. Auch in der zweiten Gruppe liess sich eine directe Beeinflussung der Krankheit nicht erkennen, nur dass einige Male aus der Febris continua eine F. remittens wurde.

Henshaw (32) hat in Weiterführung der von E. Fraenkel, Lambert u. A. vorgenommenen Versuche 13 Typhen mit sterilisirten, in mit Kalilauge alkalisirtem Thymusextract gezüchteten Typhusculturen behandelt; 1 Kranker starb durch Blutung, 8 wurden günstig beeinflusst, schädliche Wirkungen der Injectionen wurden nie gesehen. Es sind jetzt im Ganzen 98 dieser Therapie unterworfene Fälle veröffentlicht.

Börger (8) hat den therapeutischen Werth des von Beumer und Peiper hergestellten Typhus-Hammelblutserum auf der Mosler'schen Klinik an 12 Fällen von Typhus abdominalis erprobt und einmal gefunden, dass dieses antitoxische Serum auch in grossen Quantitäten für den menschlichen Organismus unschädlich ist, andererseits, dass eine günstige Beeinflussung der Krankheit in uncomplicirten Fällen bei vor dem 10. Krankheitstage eingeleiteter Behandlung bisweilen positiven Erfolg giebt. Er schien bei 6 dieser Fälle einmal möglicherweise vorzuliegen, während bei allen nach längerem Intervall vorgenommenen Injectionen jeder Einfluss ausblieb.

Gläser (26) tritt der von E. Fraenkel und Rumpf versuchten Behandlungsmethode des Abdominaltyphus mit abgetödteten Culturen vom Bacillus typhi bezw. pyocyaneus entgegen, da er weder von der Gefahrlosigkeit derselben überzeugt ist, noch die bislang erzielten Erfolge hinsichtlich der Mortalität und auch des Schutzes vor Complicationen und Recidiven zu „gewagten oder auch nur schmerzhaften oder unbequemen therapeutischen Unternehmungen auffordern". Besonders wendet er sich gegen die Beeinflussung des Fiebers durch die Injectionen als gegen einen störenden Eingriff in den natürlichen Gang der Krankheit, „dem nur der eine Erfolg gewiss ist, das Urtheil über die Krankheit und ihre Prognose zu trüben". Von einer Abkürzung der Fieberdauer durch die gemachten Einspritzungen kann er sich nicht überzeugen, wo der Ablauf einer Typhuscurve am 15. oder 16. Tage oder noch früher keine Seltenheit ist, selbst kritische Abfälle, bisweilen nach vorherigem fieberhaftem Anstieg, gelegentlich beobachtet werden. Auch gegenüber der Angabe Fraenkel's von einer rascheren Reconvalescenz dieser so behandelten Kranken nach eingetretener Apyrexie verhält er sich sehr kritisch.

Die sehr maassvollen Erörterungen Whipham's (64) über Diätetik und medicamentöse Behandlung des Typhus enthalten naturgemäss zumeist Bekanntes; er mahnt zu grösster Vorsicht mit Purgantien, zur genauen Controle der Stühle während einer Milchdiät, um der richtigen Verdauung sicher zu sein, und räth, bei Blutungen, noch so leichten, jede Milch auszusetzen und nur im Magen bereits leicht resorbirbare Speisen zu gestatten.

Simon (53) legt dar, wie die Mortalitätsziffer des Typhus, die von Murchison aus den Jahren 1848 bis 1870 noch auf 17,26 pCt. berechnet wurde, mit der Zeit sich verringerte. Von den verschiedentlich emphatisch empfohlenen Behandlungsmethoden mit einer Reihe von Antisepticis hat keine sich voll bewährt; ein Vortheil solcher Therapie ist, dass diese Mittel mit Verminderung der Distension des Darmes einer Perforationsgefahr vorbeugen. Simon verwandte mit befriedigenden Erfolgen das die Eigenschaften eines Antisepticums, Herztonicums und Hämostaticums vereinigende Terpentinöl zu 4 stündlich 15 Tropfen in Schleim mit 1 Tropfen Liq. Kalii caustici. In der Diät legt er Werth auf peptonisirte Milch. Opiate gegen Unruhe und Schlafmangel hält er allein bei schwerer Bronchitis contraindicirt, Alcohol ist nur auf besondere Veranlassung und nie bei Darmblutungen und bei sehr vollem Puls zu geben. Zum klinischen Bilde bemerkt er, dass in über der Hälfte seiner Fälle Diarrhoe nicht ausgesprochen war. Jede mehr als 2 tägige Obstipation im Verlauf eines Typhus soll man beseitigen.

Duffield (19) ist nach Beobachtungen an freilich nur 13 Fällen sehr mit der von Woodbridge empfohlenen antiseptischen Behandlung des Typhus zufrieden, bei der häufig Tabletten mit kleinen Mengen Podophyllin, Calomel, Guajacolcarbonat, Menthol, Eucalyptus und auch Thymol gegeben wurden, neben welchen dann später noch weiche elastische Capseln mit 0,2 Guajacolcarbonat, 0,06 Tymol, 0,1 g Menthol und 5 Tropfen Eucalyptol 3- bis 4 stündlich zur Verwendung kommen. Die Krankheit verlief in jeder Beziehung milder und auch kürzer, dauerte 5—20, im Mittel $13^1/_2$ Tage.

Davis (18) hat ebenfalls mit der von Woodbridge angegebenen Behandlung des Typhus günstige

Erfolge erzielt; am Temperaturverlauf, am Schwinden der Tympanitis, an der Lichtung des Sensoriums und der besseren, feuchteren Zunge sieht man die gute Beeinflussung der Krankheit, die Beseitigung jedes septischen Characters derselben.

Aus den vorwiegend Bekanntes bringenden Ausführungen Mc Connel's (12) sei hervorgehoben, dass er eindringlich vor einer zu reichlichen Ernährung bei Typhuskranken warnt, viel Wasser zu geben und Nahrung nach Kräften zurückzuhalten räth. Als Medicamente empfiehlt er vor Allem Desinficientien, Phenacetin, Salol, Calomel, Guajacol.

Thistle (60) empfiehlt gegen die Toxämie des Typhus, die nach ihm durch Wirkungen nicht nur der specifischen Eberth'schen Bacillen, sondern auch der durch Symbiose mit diesen virulent gewordenen Colibacillen und der Fäulnisbacterien des Darmes entsteht, auf's Neue seine „antiseptische und eliminative" Therapie, bestehend in der möglichst frühzeitigen Verordnung von Purgantien, unter welchen Calomel in Verbindung mit salinischen Abführmitteln obenansteht, und gleichzeitiger Darreichung von Desinficientien des Intestinaltractus, aus deren Reihe er dem Salol zu 0,66 g 3—4stündlich den Vorzug giebt. Gleichzeitig ist reichliches Wassertrinken anzurathen. Vorhandene Diarrhoe, die häufig nur auf einen Coloncatarrh oder auf der Toxämie beruht und sehr oft gerade den Dünndarm nur ungenügend entleert, contraindicirt obiges Verfahren nicht, ebenso ist es auch in leichten Verlaufsformen, welche stets zu schweren sich steigern können, angezeigt.

Simpson (55) warnt vor dem unterschiedlosen Verabreichen von alcoholischen Stimulantien beim Typhus. Die grosse Mehrzahl dieser Kranken bedarf derselben nicht, wenige haben, zumal in vorgerückten Krankheitsstadien, also von der 3. Woche ab, wenn das secundäre Fieber auftritt, Vortheil von kleinen Dosen, welche die Verdauung heben, die Drüsenthätigkeit anregen und leicht vom Organismus oxydirt werden, selten nur sind grosse Gaben indicirt. Alcohol muss stets gegeben werden, wenn spät im Krankheitsverlauf Zeichen von Herzschwäche auftreten. Es ist dabei auf die Thätigkeit der Nieren zu achten, da bei vorhandener Albuminurie zu reichliche Mengen desselben gefahrvoll werden. Vortheilhaft ist es, von anfang an regelmässig Strychnin als Tonicum bei dieser Krankheit zu verordnen.

Robin und Binet (51) gelangen zu den Schlussfolgerungen, dass im Typhus und vielen anderen acuten Infectionskrankheiten, besonders wenn sie zum Status typhosus führen, der Körper ausser mit bacteriellen Ptomainen mit mangelhaft oxydirten Endproducten der durch die Krankheit bedingten Gewebseinschmelzung in höherem Maasse überschwemmt wird, als er auszuscheiden vermag, und dass die kalten Bäder stärker als sonstige therapeutische Vornahmen eine die nothwendige Oxydation begünstigende und auf diesem Wege heilende Wirkung besitzen; sie heben die Respiration, steigern den Sauerstoffverbrauch und die Sauerstoffaufnahme seitens der Gewebe und machen obige schädliche Substanzen durch Oxydation löslich, leicht eliminirbar und weniger giftig. Diese Effecte treten nicht unmittelbar ein, sie beginnen erst $^1/_2$ Stunde nach dem Bade, nach 1 Stunde ihr Maximum erreichend; sie halten sehr verschieden lange an. Setzt das kalte Bad die Temperatur nicht herab, so fehlen ihm auch obige Wirkungen ganz oder in ziemlich hohem Grade. Es bestehen feste Beziehungen zwischen der Schwere der Krankheit und der Wirkungsweite der kalten Bäder, sie sind unnütz, wenn sie nicht den Stoffumsatz steigern und die Ausscheidungen begünstigen.

[Jundell, J., Ueber Serumdiagnose von Ileotyphus. Mittheilung aus der medicinischen Klinik des Serafim-Lazarethes zu Stockholm. Hygiea. LVIII. 10. p. 359 bis 370.

Alles zusammen hat J., mit positivem Resultate in allen Fällen, die Serumdiagnose bei 32 Fällen von Tyhpoïd geprüft. Alle ausser einem, welcher am zweiten Krankheitstage untersucht wurde und alsdann negatives Resultat gab, (obgleich positives am 9. Krankheitstage), haben die Reaction bei erster Gelegenheit gegeben, als J. die Untersuchung vorgenommen hat. Dreimal hat er die Reaction am 5. Krankheitstage erhalten. Die leicht ausführbare Serumreaction bei Ileotyphus ist nach J. sicherer als die auf's mindeste noch sehr mühselige Nachweisung des Eberth'schen Bacillus beim Kranken; bisher gemachten Untersuchungen nach zu urtheilen, ist sie vollkommen pathognomonisch.

A. Fr. Eklund (Stockholm).]

VI. Flecktyphus.

1) Pietrusky, W., Ueber das Auftreten des Fleckfiebers in Schlesien und die zu dessen Verhütung geeigneten sanitätspolizeilichen Maassregeln. Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspfl. S. 395. — 2) Spillmann, P., Contribution à l'histoire du typhus exanthématique. Revue de médecine. No. 8. — 3) Thoinot et Dubief, Le typhus exanthématique de Murchison. 8. Avec fig. et 2 pls. col. Paris.

Die Arbeit Pietrusky's (1) gelangt zu folgenden Ergebnissen und Schlussfolgerungen: Das Fleckfieber ist seit dem Anfange dieses Jahrhunderts in Schlesien in mehreren grossen Epidemien aufgetreten, welche theils die Stadt Breslau und hier das in einem ungesunden Stadttheil wohnhafte Proletariat, theils den Regierungsbezirk Oppeln und namentlich dessen oberschlesischen Industriebezirk betrafen; in diesem Oppelner Bezirk ist es bis in die jüngste Zeit endemisch geblieben. Der Regierungsbezirk Liegnitz wurde von der Krankheit fast stets verschont. Sie wird fast immer durch den nicht sesshaften Theil der Bevölkerung, Landstreicher, Bettler, Vagabunden eingeschleppt und besitzt einen hohen Grad von Contagiosität. Günstige Momente für Weiterverbreitung sind gegeben durch das Zusammendrängen vieler Menschen in engen, unsauberen, schlecht ventilirten Räumen, unzweckmässige oder mangelhafte Ernährung und Durchfeuchtung des Bodens. Hinsichtlich der Massnahmen beim Auftreten von einzelnen Fällen und beim Ausbruch von Epidemien gelten die allgemeinen Grundsätze gegenüber stark infectiösen Krank-

heiten, während unter den Vorbeugungsmaassregeln auch die sanitätspolizeiliche Controle der Wohnungen, des Schlafstellenwesens, die gesetzliche Bekämpfung des Vagabundenthums, die Trockenlegung nassen Terrains und Verhütung von Ueberschwemmungen, sowie die Sorge für genügende Ernährung der Bevölkerung in Zeiten der Noth in Betracht kommen.

Spillmann (2) berichtet eingehend über 9 im Alter zwischen 18 und 51 Jahren stehende Fälle von Flecktyphus, die im Winter 1893—1894 in Dijon und Nancy zur Beobachtung kamen; 5 liessen sich sicher, 3 weitere ebenfalls unter sich mit Wahrscheinlichkeit auf eine Quelle zurückführen. Vagabunden spielten auch hier bei der Verschleppung die Hauptrolle. An die Krankheit schlossen sich secundäre, entweder locale oder allgemeine Infectionen an, wie Otitis media, Bronchopneumonie, Parotitis apostematosa, fernerhin mancherlei nervöse Complicationen, einmal Parese der Extremitäten mit Verlust der Reflexe und starkem Muskelschwund, in anderen Fällen Contracturen oder Ataxie, in mehreren trophische Störungen. Der Urin war spärlich, gewöhnlich reich an Urobilin und Harnsäure und ferner albumenhaltig; Ptomaine und Toxalbumine wurde daraus rein darzustellen versucht, ersteres ist für das Kaninchen selbst in starken Dosen, obwohl es zu Temperatursteigerung führt, nicht toxisch, letzteres auch in relativ grossen Gaben für dieses Thier nicht tödtlich, bedingt aber Vergiftungserscheinungen in Gestalt von Durchfall und Athmungsbeschleunigung. In gleicher Weise besitzt auch der frische Urin nur eine sehr geringe Toxicität für das Kaninchen. Im Pharynxschleim wurden verschiedene Bacillenarten, nicht der Dubief'sche Diplococcus gefunden, letzterer nur in den Bronchien bei einem letal verlaufenen Fall, Staphylococcen bei einem anderen in der Leber und bei einem dritten in der Milz und einer Parotitis. Bacteriologische Untersuchungen des Blutes bei 5 Kranken und einmal des durch Punction gewonnenen Milzsaftes waren negativ. Die pathologisch-anatomischen Befunde sind von einzelnen tödtlich geendeten Fällen — es starben 5 — beschrieben; erwähnt seien die Epithelveränderungen in den Nieren, die Ablagerung schwarzen Pigments in der Milz, die in einer Beobachtung im Rückenmark constatirten interstitiellen Hämorrhagien und Veränderungen der nervösen Elemente ohne Läsionen der Neuroglia.

Acute und chronische constitutionelle Krankheiten

bearbeitet von

Prof. Dr. L. RIESS in Berlin.

I. Leukämie. Leukocytose.

1) Thorsch, E., Zur Lehre von der Beeinflussung des leukämischen Krankheitsbildes durch acute Infectionskrankheiten. Wien. klin. Wochenschr. No. 20. — 2) Marischler, J., Ein Fall von lymphatischer Leukämie und einem Grawitz'schen Tumor der rechten Niere. Ebendas. No. 30. — 3) Kolisch, R. und R. Burián, Ueber die Eiweisskörper des leukämischen Harnes mit besonderer Berücksichtigung des Histons. Zeitschr. f. klin. Medic. Bd. 29. S. 374. — 4) Cabot, R. C., The myelocyte of Ehrlich. Boston Journ. Jan. 2. — 5) Craig, J., Leukocythaemia. Dublin Journ. Septemb. (Fall von lymphatischer Leukämie bei einem 19jährigen Mann, durch acuten Verlauf in nur 2 Monaten ausgezeichnet. Allgemeine Lymphdrüsenschwellung nebst Vergrösserung von Leber und Milz. Im Blut alleinige Vermehrung der kleinen Lymphocyten. Von weiteren klinischen Symptomen sind zu erwähnen: zunehmende Dyspnoe, profuse Epistaxis, hartnäckige Diarrhöen und anhaltende Cardialgie, sowie Priapismus.) — 6) Whait, J. R., The treatment of Leukocythaemia with bone marrow. Brit. medic. Journ. April 4. — 7) Cowen, R. J., Leucocythaemia and its treatment. Lancet. May. 9. (Im Anschluss an die Ansicht, dass bei der Leukämie das Hämoglobin sich schwerer als in der Norm oxydirt, wurden in einem Fall der Krankheit tägliche Inhalationen von ozonisirter Luft mittelst eines Masken-Apparates angewendet, und schon nach wenigen Wochen beträchtliche Besserung der Blutbeschaffenheit und Verkleinerung der Milz erreicht.)

Als neues Beispiel der Beeinflussung des leukämischen Krankheitsbildes durch intercurrente acute Infectionskrankheiten (vergl. z. B. Jahresber. f. 1865. Bd. II. S. 31) führt Thorsch (1) den Fall einer lienal-lymphatischen Leukämie an, welche in Folge einer wandernden fibrinösen Pneumonie zu Grunde ging. Wie in früheren ähnlichen Beobachtungen liess sich während der fieberhaften

Periode eine rapide Verkleinerung der Lymphdrüsen, Milz und Leber nachweisen. Gleichzeitig fiel die Zahl der Leukocyten in 5 Tagen von 140000 auf 43000 im Cub. Mill., um dann allerdings bis zu dem 3 Tage später erfolgenden Tod wieder bis über die vorige Höhe zu steigen. Die mononucleären Formen der meisten Blutkörperchen (Lymphocyten) nahmen bis zum Tode ab (von 96 pCt. bis 75 pCt.), während die vielkernigen (und polymorph-kernigen) Zellen von 4 pCt. bis 25 pCt. zunahmen. — Die für diese Veränderungen bisher aufgestellten Erklärungen (Veränderungen der Blutbildungsstätten, Marasmus, Leukolyse) genügen nach Th. nicht.

Eine ähnliche Veränderung der leukämischen Symptome zeigte sich im Verlauf eines von Marischler (2) mitgetheilten Falles, in welchem die chronische Complication von Leukämie mit malignem Tumor vorlag. Eine derartige Complication wurde bisher selten beschrieben (s. Jahresber. für 1879, Bd. II. S. 236 und 1895 Bd. II. S. 29). Hier bestand ein „Perithelioma carcinomatodes supraglandulare“ („Grawitz'scher Tumor“) der rechten Niere mit Einwucherung in den Ureter und die Vena cava inf., nebst Metastasen in Leber, Lungen und Wirbelsäule, neben einer vorgeschrittenen lienal-lymphatischen Leukämie. Das Nierenleiden zeigte sich bei Lebzeiten, ausser dem palpablen Tumor, besonders in anhaltender Haematurie. In den letzten Monaten der Krankheit verkleinerten sich sowohl Milztumor wie die vielfachen Lymphdrüsenanschwellungen beträchtlich. Ausserdem änderte sich der Blutbefund, weniger in Bezug auf die Zahl als auf die Form der Leukocyten, so dass statt des anfänglichen Ueberwiegens der mononucleären Elemente (grösstentheils Lymphocyten) gegen die polynucleären (82,3 : 15,6 pCt.) allmälig ein Vorherrschen letzterer (kurz vor dem Tod 40,0 pCt. mononucleäre und 57,5 pCt. polynucleäre Zellen) eintrat. — Als Ursache der Veränderungen möchte M., abgesehen von den Blutungen, in Analogie mit den gleichen Beobachtungen bei intercurrenten acuten Infectionskrankheiten und Tuberculose, wobei an bacterielle Toxine zu denken ist, die Einwirkung von Carcinom-Toxinen annehmen.

Kolisch und Burián (3) erwähnen die bisher spärlichen Literatur-Angaben über das Vorkommen von Eiweisskörpern im leukämischen Urin. Als solche wurden Serumalbumin und Globulin, Nucleo-Albumin, Hämoglobin und Albumosen (Pepton) gefunden; ein Parallelgehen ihres Auftretens, namentlich der Albumosurie, mit den Zeichen des Leukocyten-Zerfalles, speciell der Alloxurkörper-Ausscheidung konnte nicht constatirt werden. — Sie fügen diesen Befunden Notizen über einen Fall von „Histonurie“ an: Bei einem Fall von Leukämie konnten sie aus dem Alcohol-Niederschlag des Urins nach bestimmter Methode Histon (Lilienfeld) darstellen. Dabei bestand in diesem Fall nur mässige Leukocytose und keine Vermehrung der Alloxurkörper-Ausscheidung; dem gegenüber fand sich in einem Fall von Gelenkrheumatismus neben massenhafter Vermehrung der Alloxurkörper keine Spur von Histonurie, so dass für letztere ausser dem Kernzerfall noch andere Momente in Betracht zu kommen scheinen.

Die „Markzellen“ (Cellules médullaires von Cornil, Myelocyten von Ehrlich etc.) hat Cabot (4) im Blut von Leukämie und anderen Krankheiten studirt. Er hat sich dabei davon überzeugt, dass die gewöhnliche Beschreibung dieser Zellen in mancher Beziehung zu modificiren ist, namentlich in Bezug auf die Grösse: er findet diese von 7,5 bis zu 23 μ wechselnd und unterscheidet kleine (unter 15 μ) von grossen (über 15 μ) Markzellen. Er hebt hiernach die Schwierigkeit der Unterscheidung zwischen Markzellen und den sog. polynucleären Zellen des Blutes hervor: dieselbe ist weder nach Grösse, noch nach Gestalt, Färbung des Zellinhaltes oder Zahl der Kerne (die Markzellen können auch mehrere Kerne haben) scharf möglich. Etwas mehr Ausschlag können die Kernfärbung (bei den Markzellen blass und gleichmässig, bei den polynucleären Zellen dunkel und fleckig), die Gestalt des Kernes (bei ersteren rund oder oval, bei letzteren gedreht oder zerstückelt) und die Lage desselben (central resp. wandständig) geben.

Bei Leukämie findet C. diese Markzellen in viel grösserer Menge, als sonst angegeben wird. Eine Anwesenheit zu 25 pCt., welche von anderen Beobachtern als sehr hoch angesehen wird, hält er für einen niedrigen Gehalt und constatirte unter 10 als Beispielen angeführten Fällen die kleinen Markzellen zu 20 bis 52 pCt., die grossen zu 4 bis 22 pCt. — Einen geringen Gehalt an Markzellen (von unter 1 pCt. bis zu 4 pCt.) fand er als Regel bei einer Reihe anderer Krankheiten, von denen besonders perniciöse Anämie, maligne Neubildungen, Septicämie, Pseudoleukämie etc. zu nennen sind.

Im Hinblick auf den von Fraser (s. Jahresbericht f. 1894. Bd. II. S. 40) bei perniciöser Anämie erreichten günstigen Erfolg behandelte Whait (6) einen Fall von gemischter Leukämie mit Rinder-Knochenmark, zuerst 3 mal täglich einen Dessertlöffel voll, später in comprimirter Tablettenform. Die Wirkung wird als eine sehr gute geschildert: schnelle Abnahme der weissen Blutkörperchen, Zunahme der rothen und des Hämoglobin, Verkleinerung der Milz und Hebung des Allgemeinbefindens. Allerdings wurde daneben Arsenik gegeben, und zwar zum Theil in so grossen Dosen, dass vorübergehend schwere Vergiftungserscheinungen eintraten. — Nach mehrmonatlichem Fortlassen des Knochenmarkes fand ein Rückfall aller Krankheitserscheinungen statt, der trotz erneuter Darreichung von Mark und von Eisen zum Tod führte.

Die Erscheinungen der Arsenikvergiftung zeigten hier die Form von „peripherer Neuritis“; daneben trat, ebenfalls vorübergehend, Hautbroncirung auf; die Section ergab bindegewebige Schrumpfung der Nebennieren.

Als Anhang: Pseudoleukämie (Lymphadenie, Hodgkin'sche Krankheit).

1) Glockner, A., Zur Casuistik der Anaemia splenica (Anaemia infantilis pseudo-leucaemica). Münch. med. Abhandl. II. Reihe. Heft 11. München 1895.

47 Ss. — 2) Martin, C. F. and G. H. Mathewsen, Observations upon the relation of Leukaemia and Pseudo-Leukaemia. Brit. med. Journ. Decbr. 5.

Glockner (1) giebt eine Uebersicht der bisherigen Erfahrungen über die von der Pseudoleukämie Erwachsener abgetrennte Anaemia splenica oder Anaemia infantilis pseudo-leucaemica, unter besonderer Hervorhebung der von den verschiedenen Beobachtern beschriebenen histologischen Milzbefunde. Hieran knüpft er die Mittheilung von 4 auf der Münchener Universitäts-Kinderklinik beobachteten Fällen der Krankheit: Das Alter der Kinder, in welches der Anfang der Erkrankung zu verlegen war, wechselte von 5 bis zu 15 Monaten, die Krankheitsdauer von 3 bis zu 7 Monaten. Der Tod erfolgte in allen 4 Fällen durch intercurrente Krankheiten (1 mal Empyem, 2 mal Lobulär-Pneumonie, 1 mal Rachen-Diphtherie). Syphilis war auszuschliessen, Anzeichen von Rhachitis in allen Fällen vorhanden. Lymphdrüsenschwellungen fehlten ganz. Als wichtige histologische Characteristica des Milztumors ergaben sich: Starke Zunahme des reticulären Gerüstes und der Trabekel, mässige Verdickung der Kapsel; auffallende Armuth an rothen Blutkörperchen (der in dem einen Fall bestehende Blutreichthum war auf die Complication mit Diphtherie zu beziehen); ferner namentlich die Anwesenheit eigenthümlicher „epitheloider" Zellen (die als Abkömmlinge der fixen Bindegewebszellen des Reticulum aufgefasst werden); Wucherung der Gefässendothelien; meist starke Vermehrung der eosinophilen Zellen; endlich Verminderung oder gänzliches Fehlen von kernhaltigen rothen Blutkörperchen. — Die Blutbefunde wechselten und ergaben als Hauptpunkte: Anwesenheit kernhaltiger, zum Theil in Karyokinese begriffener rother Blutkörperchen; Poikilocytose, Oligochromämie zahlreicher Erythrocyten, grosse mononucleäre (den „Markzellen" gleichende) Leukocyten; ferner stets bedeutende Verminderung der Zahl der rothen Blutkörperchen und des Hämoglobin-Gehaltes; in 2 Fällen auch ausgesprochene Leukocytose.

Martin und Mathewson (2) betonen die grossen Schwierigkeiten, welche der scharfen Trennung von Leukämie und Pseudoleukämie oft entgegenstehen. Sie heben die Uebereinstimmung der pathologisch-anatomischen Organbefunde, auch in Bezug auf das Knochenmark, bei beiden Krankheiten hervor; ebenso die Gleichheit der klinischen Symptome und Formen: auch die Pseudoleukämie kann acuten Verlauf (siehe Ebstein, Jahresbericht f. 1889. Bd. II. S. 354) und splenische Form zeigen. Es ist daher die Frage zu stellen, ob die Beachtung der Leukocyten allein ausreicht, um beide Krankheitszustände auseinander zu halten.

In dieser Beziehung wird betont, dass die Leukocytose bei der Leukämie sehr inconstant ist, so dass manche Beobachter „aleukämische" Perioden der Krankheit annehmen oder einen Uebergang von Pseudoleukämie in Leukämie beschreiben. Nicht selten zeigt sich ferner bei ausgesprochenen Fällen von multipler Lymphomatose eine der leukämischen nahe stehende Leukocytose. Dasselbe constatirten die Verff. (mit anderen Beobachtern) bei einigen Fällen von Sarcomatose; Aehnliches wurde bei anderen malignen Geschwülsten, bei Pneumonie und im letzten Stadium verschiedener Krankheiten gesehen. Es ist daher zu schliessen, dass selbst sehr starke Zunahme der weissen Blutkörperchen für sich allein die Diagnose Leukämie nicht entscheiden kann. — Aber auch die Differenzirung der Leukocyten-Formen liefert diese Entscheidung nicht unbedingt: namentlich wurde die mononucleäre Leukocytose, die für Leukämie characteristisch sein soll, von den Verff. und anderen Beobachtern, ausser bei Hodgkinscher Krankheit, auch bei Carcinom und anderen secundären Leukocytosen gefunden. Ebenso wenig sind die Myelocyten und die eosinophilen Zellen für Leukämie unbedingt characteristisch.

Nach Allem halten die Verff. es für gerechtfertigt, die verschiedenen Formen der Leukämie und Pseudoleukämie zunächst noch unter einer Gruppe zu vereinigen. — Als Beispiel wird ein Fall von lymphatischer Leukämie mitgetheilt, bei welchem längere Zeit, während das Blutkörperchen-Verhältniss zwischen 1 : 75 und 1 : 120 schwankte, die Differentialdiagnose Leukämie oder Pseudoleukämie schwer zu entscheiden war. Ferner werden Notizen über einen Fall von Pseudoleukämie gegeben, bei dem die Leukocyten plötzlich auf 60000 im Cub.-Mill. stiegen, um dann wieder beinahe bis zur Norm abzunehmen.

[Köster, H., Ein Beitrag zur Behandlung der lienalen Pseudo-leukaemie. Göteborgs läkaresällskaps förhandlingar. 1895. p. 16—20.

K. berichtet über einen durch Sauerstoffinhalation mit Erfolg behandelten Fall. Der 44 jährige Kranke hatte 2 Jahre früher einen Anfall von Influenza durchgemacht, wonach er an allgemeiner Schwäche, Athemnoth und Herzklopfen zu leiden begann. Die Gesichtsfarbe hatte einen leicht gelblichen Anstrich. Die Milz war vergrössert und erstreckte sich nach vorne so weit als die linke Mamillarlinie. Die Zahl der rothen Blutkörperchen betrug 800000 pro cmm und es waren zahlreiche Poikilocyten und Microcyten sowohl als einige wenige eosinophile Zellen vorhanden; die weissen Blutzellen waren nicht vermehrt. Der Gehalt an Haemoglobin war 25 pCt. In den Nächten delirirte er. Er wurde mittels Arsenik und Chinin behandelt, aber sein Zustand wurde stetig schlechter. Die Athemnoth wurde mehr ausgeprägt und die Zahl der rothen Blutzellen nahm noch mehr ab. Es zeigte sich Oedem an den unteren Extremitäten. Jetzt bekam er Inhalationen von je 4 l Sauerstoff täglich. Auf einmal stellte sich bedeutende Besserung ein. In 2 Tagen begann die Milz abzuschwellen. Die Zahl der rothen Blutzellen vermehrte sich, aber Poikilocyten und Microcyten waren noch zugegen in Unmenge. Keine Macrocyten oder kernhaltige rothe Blutkörperchen waren anwesend. Der Gehalt an Haemoglobin belief sich jetzt auf 45 pCt. Nach einem Monat betrug die Zahl der rothen Blutkörperchen 3800000 und der Gehalt an Haemoglobin hatte sich jetzt auf 75 pCt. vermehrt. Nach noch 2 Monaten war die Milzdämpfung normal und der Kranke geheilt. Die Diagnose Anaemia oder Pseudo-leukaemia lienalis war unzweifelhaft richtig. Während der Behandlung mittels Arsen und Chinin verschlechterte sich der Zustand. Die hässliche Athemnoth und die Verminderung der Zahl der rothen Blutzellen waren auffallend in diesem Falle. Es war nur mit wenig Hoffnung auf Erfolg, dass man seine Zuflucht zu den Sauerstoffinhalationen nahm, als Wiederherstellung der Gesundheit ganz unmöglich

erschien. K. beschreibt eine sehr einfache Methode für die Herrichtung des Apparates für Sauerstoffinhalation. **A. Fr. Eklund** (Stockholm).]

II. Anämie. Chlorose.

1) Limbeck, R. v., Grundriss einer klinischen Pathologie des Blutes. 2. Aufl. Jena. — 2) Schmaltz, R., Die Pathologie des Blutes und der Blutkrankheiten. Leipzig. — 3) Grawitz, E., Klinische Pathologie des Blutes. Berlin. 333 Ss. — 4) A discussion on Anaemia: its causation, varieties, associated pathology and treatment. Brit. medic. Journ. Septemb. 19. (Discussion in der medicin. Section der Brit. medic. Association: In dem Einleitungsvortrag bespricht Fr. Taylor einige Punkte aus der Pathologie der 3 Anämieformen Chlorose, perniciöse Anämie und Anaemia splenica. Von der bei Chlorose gefundenen Blutveränderung, nämlich der relativen Verminderung des Hämoglobin gegenüber der Blutkörperchenzahl, hebt er hervor, dass dieselbe auch bei anderen Formen, z. B. der Blutungs-Anämie, vorkommt. Aus der Zahl der für die Chlorose angeführten ätiologischen Momente erkennt er die Compression von Thorax und Abdomen durch Schnüren und die Anforderungen, welche die Pubertät an die blutbildenden Organe stellt, bis zu einem gewissen Grad für wichtig an. — Zur Erklärung des Wesens der perniciösen Anämie hält er sowohl die Hunter'sche Annahme einer durch Infection vom Darm aus eintretenden Blutzerstörung im Portalkreislauf, wie Stockman's Ableitung von Blutungen für nur zum Theil ausreichend. Von Anaemia splenica beobachtete er einen zu 9 Jahren beginnenden Fall. — Zur Behandlung der Chlorose betont er für einen Theil der Fälle längere Bettruhe. Die gute Einwirkung des Arsenik bei perniciöser Anämie kann vielleicht auf antiseptische Einwirkung bezogen werden; der Einfluss der Knochenmarkbehandlung derselben Krankheit ist noch zweifelhaft. — Der eigene Fall von Anaemia splenica besserte sich unter Sauerstoff-Inhalationen und Arsenikgebrauch; die Milzexstirpation kann hier vielleicht etwas mehr Aussicht als bei der Leukämie haben. — Die sich anschliessende längere Discussion zeigt im Ganzen übereinstimmende Anschauungen.) — 5) Taylor, J., On nervous symptoms and morbid changes in the spinal cord in certain cases of profound Anaemia. Med.-chirurg. Transact. Vol. 87. p. 151. — 6) Moraczewska, Sophie v., Blutveränderungen bei Anämien. Virchow's Archiv. Bd. 144. S. 127. — 7) Moraczewski, W. v., Ueber die Bedeutung der Chloride bei den Anämien. Ebendas. Bd. 145. S. 458. — 8) Jolly, J., Sur la numération des différentes variétés de globules blancs du sang. Archiv. de méd. expériment. T. VIII. p. 510. (Besprech. d. zur exacten Bestimmung der verschied. Leukocytenarten im Blut angegeb. Methoden, theils nach Malassez, theils nach eigenen Untersuchungen. Sowohl die Anfertigung der (getrockneten und fixirten) Blutpräparate, wie die Methode der Zählung, und namentlich die genaue Taxirung der Zuverlässigkeit der Zählung resp. des möglichen Fehlers werden berücksichtigt und die Wichtigkeit des jedesmaligen Einhaltens derselben Verfahren betont. — Als Zahl der Zellen, welche zur exacten Zählung nöthig ist, ergab sich 300, wenn die Leukocyten in 2 Categorien (mononucleäre und polynucleäre) getheilt werden, und 400, wenn drei Formen (kleine und grosse mononucleäre neben den polynucleären) getrennt werden, wobei der maximale Fehler auf 4 pCt. zu veranschlagen ist.) — 9) Hunter, W., The pathology of pernicious Anaemia. Brit. med. Journ. Febr. 8. — 10) Klein, St., Die Regenerationsfähigkeit des Organismus bei den verschiedenen Varietäten der Anämie. Ein Beitrag zur Kenntniss der perniciösen Anämie. Wien. med. Presse. No. 28. — 11) Ruttan, R. F. and J. G. Adami, Notes on the composition of the blood serum in pernicious Anaemia. Brit. med. Journ. Decemb. 12. — 12) Herrick, J. B., Nervous shock and disease of the nervous system as a cause of pernicious Anaemia. Journ. of the Americ. med. Assoc. June 20. — 13) Cabot, R. C., Pernicious Anaemia: a study of fifty cases. Boston med. and surg. Journ. July 30 und August 6. — 14) Stengel, A., The treatment of pernicious Anaemia. Philadelph. med. and surg. Reporter. August 8. — 15) Ewald, Bericht über den Verlauf eines Falles von perniciöser Anämie. (Sitzungsber. der Berliner Medic. Gesellsch.) Berlin. klin. Wochenschr. No. 10. (Weiterer Verlauf des im Jahresber. f. 1895. Bd. II. S. 35 referirten Falles von perniciöser Anämie, bei welchem durch eine Transfusion langdauernde Besserung erreicht war. In einem neu auftretenden Collapszustand blieb eine 2. Transfusion erfolglos. Die Section ergab ausgedehnte Atrophie der Darm- und in geringerem Grad auch der Magenschleimhaut mit Zellinfiltration und Drüsen-Untergang. E. betont die Differenz der neueren Anschauungen darüber, ob solche Veränderungen des Intestinaltractus Ursache oder Folge der Anämie sind. — Der Eisengehalt der Leber fand sich auf 0,693 pCt. erhöht. — Der vorgestellte Fall von Bothriocephalus-Anämie betraf einen Mann mit den Zeichen einer schweren, der perniciösen Form ähnlichen Anämie, welche nach Abtreibung eines nicht zersetzten Bothriocephalus durch Extract. fil. mar. im Lauf einiger Monate vollständig zurückgingen.) — 16) Sinkler, Wharton and A. A. Eshner, Three cases of essential Anaemia in one family: father and two daughters. Americ. Journ. of medic. Science. Septbr. („Essentielle" Anämie bei 3 Mitgliedern einer Familie. Eine 16jährige Tochter zeigte ein ziemlich typisches Bild von perniciöser Anämie mit characteristischem Blutbefund und besserte sich wesentlich unter Gebrauch von Eisen und Arsenik. — Eine andere Tochter war einige Jahre vorher mit einer ähnlichen Form von Anämie beobachtet und unter gleicher Behandlung gebessert worden. — Gleichzeitig mit Letzterer kam der 41jährige Vater in Beobachtung mit starker Anämie, ohne typischen Blutbefund; derselbe zeigte daneben spinale Symptome, namentlich Ataxie und Fehlen der Kniereflexe; sämmtliche Erscheinungen verliefen in paralleler Weise mit starken Schwankungen. Während einer Suspensionsbehandlung traten die Kniereflexe wieder auf; bald nachher erfolgte der Tod; die Untersuchung des Rückenmarkes fehlt.) — 17) Hunt, G. B., On some points in pernicious Anaemia, with special reference to treatment with bone marrow. Lancet. Februar 1. — 18) Dieballa, G., Beitrag zur Therapie der progressiven perniciösen Anämie. Zeitschr. für klin. Medicin. Bd. 31. S. 47. — 19) Lazarus, A., Demonstration. Deutsche medic. Wochenschr. 4. Juni. Vereins-Beil. No. 17. (Gefärbte Trockenpräparate vom Blut einer perniciösen Anämie, dadurch ausgezeichnet, dass viele [theils normoblastische, besonders aber auch megaloblastische] rothe Blutkörperchen punktförmige oder körnerartige, mattblau gefärbte (Chenzinsky'sche Lösung) Einlagerungen enthielten. L. fand diese Körnelung immer bei perniciöser Anämie, 1 mal bei myelogener Leukämie, nie bei secundären Anämieen. — Mit einigen anderen neuen Beobachtern betrachtet er sie als den Ausdruck des Kernunterganges in kernhaltigen rothen Blutkörperchen, so dass der Befund die Anschauung stützt, dass bei der perniciösen Anämie die Bildung der rothen Blutkörperchen in den embryonalen Typus zurückgeschlagen ist.) — 20) Taube, H., Sopra alcuni casi di Anemia secondaria e di cachessia e della loro cura per mezzo della somatose. Raccoglit. medic. T. 28. II. p. 127. (Wie in einer früheren Notiz gegen Magen-Ulcus und -Carcinom, empfiehlt T. die Somatose gegen secundäre Anämie und Kachexie und führt einige Fälle von solchen Zuständen in Folge von Syphilis

und Quecksilbercur, von Gelenkrheumatismus und von Lactation an, bei welchen das Mittel sehr günstig [in letzterem Fall auch auf das Kind] einwirkte.)

21) Leo, H., Ueber Gastroptose und Chlorose. Deutsche med. Wochensch. No. 12. — 22) Townsend, Ch. W., Chlorosis, with especial reference to its treatment by intestinal antiseptics. Boston Journ. May 28. p. 528. — 23) Discussion über vorstehenden Vortrag in der Boston Soc. for Med. Improvement. Ibid. p. 538. (Im Ganzen Uebereinstimmung mit voriger Mittheilung darüber, dass die „intestinale Antisepsis" für sich allein nur geringen Einfluss auf die Besserung von Chlorose ausübt im Vergleich zur Eisenbehandlung, besonders mit Blaud'schen Pillen, eventuell unterstützt durch leichte Abführmittel.) — 24) Charrin, La chlorose. Leçon recueillie par L. Meyer. Gaz. hebdomad. No. 1. (Klinischer Vortrag über einen einfachen Fall von Chlorose; dieselbe wird als „menstruelle oder genitale Autointoxication" erklärt, und das Nonnengeräusch am Hals als beweisendes Characteristicum für dieselbe angesehen.) — 25) Seelig, P., Ueber Blutuntersuchungen und die Aetiologie der Chlorose. Inaug.-Dissert. Berlin. 28 Ss. (Einiges Bekannte über Chlorose. In einer kleinen Reihe von Fällen der Krankheit constatirte S. im Blut neben vermindertem Hämoglobin annähernd normale Blutkörperchenzahl. In Hinsicht auf das analoge Verhalten des Blutes bei traumatischer Anämie wird die Theorie, welche die Menstrualblutungen oder ähnliche Blutverluste für die hauptsächliche Gelegenheitsursache der Chlorose ansieht, betont.) — 26) Klein, St., Das Wesen und die Behandlung der Chlorose. Wien. med. Presse. No. 11 u. 12. (Fortsetzung eines vorjährigen Artikels. Neben der Betonung des Eisens als Hauptmittels zur Heilung der Chlorose wird ausgeführt, dass an Wirksamkeit die anorganischen Eisenpräparate hinter den organischen nicht zurückstehen, wenn sie auch nicht wie letztere schnell in den Urin übergehen, und dass der Körper nur sehr kleine Mengen von Eisen zur Resorption braucht. Den neu empfohlenen organischen Eisenpräparaten Ferratin, Hämol, Hämogallol u. A. wird kein hoher Werth beigemessen. — Die neben dem Eisen bei Chlorose indicirten Hülfsmittel werden kurz abgehandelt und unter ihnen ausser hygienischen Momenten besonders Hydrotherapie, Diätregelung (keine schematische Milchdiät), auch die neu empfohlenen mässigen Blutentziehungen betont. Die ganze Behandlung soll durch Blutuntersuchungen controlirt werden.) — 27) Schmidt, P., Werden bei der Behandlung der Chlorose durch die neuerdings empfohlenen Mittel: „Aderlass und Schwitzcur" bessere Resultate erzielt als durch Eisen? Münch. medic. Wochenschr. No. 27 u. 28.

Den bisher bekannt gewordenen Beobachtungen einer Vergesellschaftung von perniciöser Anämie oder ähnlichen schwer anämischen Zuständen mit spinalen Symptomen und dem pathologisch-anatomischen Befund einer unregelmässig verbreiteten, meist aber besonders in den Hintersträngen localisirten sclerotischen Rückenmarksveränderung (siehe Nothnagel, Jahresber. f. 1887. Bd. II. S. 331; Minnich, Jahresber. f. 1892. Bd. II. S. 255 und 1893. Bd. II. S. 52; etc.) fügt Taylor (5) 2 ähnliche Fälle hinzu. Dieselben (50jähr. Frau und 43jähr. Mann) zeigten das Bild tiefer Anämie und daneben Symptome von motorischer und sensibler Parese der Extremitäten, Ataxie, wechselndes Verhalten der Sehnenreflexe: der eine Fall zeichnete sich auch durch rhythmische unwillkürliche Bewegungen der Arme aus. Die Section ergab in beiden Fällen beinahe übereinstimmend verbreitete Sclerosirung in Vorder-, Hinter- und Seitensträngen und zwar am Lendenmark in bedeutend geringerem Grad als am Halsmark. Die graue Substanz des Rückenmarkes verhielt sich normal. — T. leitet die Spinalveränderung theils direct von der abnormen Blutbeschaffenheit, theils von hämorrhagischen Erkrankungsherden der Rückenmarkssubstanz ab.

Ueber neue Blutuntersuchungen, die an einer Reihe verschiedenartiger Anämien ausgeführt wurden, berichtet v. Moraczewska (6). Dieselben bezogen sich, neben Blutkörperchen-Zählung und Hämoglobin-Bestimmung, auf Bestimmung des specif. Gewichtes (nach der Methode mittelst schwebenden Blutstropfens in Chloroform-Benzol-Lösung), der Alkalescenz (nach v. Jaksch mit Weinsäure-Lösung), des Stickstoffes (mit modificirter Kjeldahl'scher Methode) und der Trockensubstanz des Blutes. Die Untersuchungen wurden bei 9 Fällen von Chlorose, 4 Fällen von perniciöser Anämie, 10 Fällen von Carcinom (meist Magen-Carc.) und einer Anzahl anderer Erkrankungen (Pseudoleukämie, Nephritis, Scorbut, angeborenen Herzfehlern etc.) angestellt. Aus den tabellarisch und graphisch zusammengestellten Zahlen-Ergebnissen werden folgende Schlüsse gezogen:

1. Die perniciöse Anämie zeigt starke Alkalescenzverminderung, hohes specif. Gewicht, sehr geringe Blutkörperchenzahl, die rothen Blutkörperchen stark überfärbt, das Blut stark stickstoffhaltig.

2. Die Chlorosen kennzeichnen sich durch geringe Alkalescenz und hohes specif. Gewicht des Blutes und durch mässig viel Blutkörperchen von schwacher Färbung.

3. Die Carcinome sind characterisirt: durch hohe Alkalescenz und niedriges specif. Gewicht des Blutes, durch relativ viele Blutkörperchen von schwacher Färbung und niedrige Menge von Trockensubstanz.

Im Hinblick auf frühere Beobachtungen (s. Jahresbericht f. 1895. Bd. I. S. 261), wonach bei allen anämischen Zuständen, sowohl primärer wie secundärer Natur, die Chloride im Blut vermehrt erscheinen und eine Chlorretention im Organismus anzunehmen ist, untersuchte v. Moraczewski (7) den Einfluss der Chloride bei der Behandlung der Anämie. Bei 11 Fällen, grösstentheils ausgesprochene Chlorose betreffend, wurde neben dem Hämoglobin-Gehalt des Blutes und dem Körpergewicht der Gehalt des Urins an Chlor, Phosphaten, Harnsäure, Harnstoff und Schwefel bestimmt, und dabei Kochsalz theils allein, theils mit Calciumphosphat, theils mit Eisenmitteln (meist Ferr. sulfuric.) verabreicht. — Für die Ausscheidung der Salze ergab sich, dass 1. die Ausscheidung der Chloride im Harn während der Blutarmuth eine Verminderung zeigt, die nach der Besserung zurücktritt; 2. die Ausscheidung des phosphorsauren Kalkes sich wie die Chlorausscheidung verhält; 3. die phosphorsauren Alkalien und die Harnsäure während der Blutarmuthperiode eine Vermehrung zeigen, welche mit der Besserung verschwindet. — In Bezug auf die therapeutischen Effecte, die hauptsächlich nach der Zunahme des Hämoglobin, zum Theil auch nach dem

Körpergewicht bestimmt wurden, ergab sich, dass dieselben schon durch die Anwendung von Chloriden, allein oder in Verbindung mit Phosphaten, erreicht werden können, dass sie aber bei Weitem stärker bei der Verbindung von Kochsalz (eventuell auch phosphorsaurem Kalk) mit Eisenpräparaten auftreten; die hier erreichten Zunahmen von Hämoglobin und Körpergewicht übertreffen beträchtlich die mit anderen Eisenmitteln (Blaud'schen Pillen, Ferratin, Hämol etc.) erzielten.

Hunter (9) betont von Neuem seine Anschauungen über das Wesen der perniciösen Anämie (vgl. Jahresber. f. 1888. Bd. II. S. 450), wonach dieselbe durch ihre eigenthümliche „hämolytische" Natur characterisirt ist, welche sich hauptsächlich in Ablagerung von Blutfarbstoff (Zunahme des Eisengehaltes) in der Leber, in geringerem Grad in Nieren und Milz kennzeichnet und von anderen Formen der Blutzerstörung (Malaria, paroxysmaler Hämoglobinurie) scharf unterscheidet. — Dagegen weist er die Annahme von Stockman (s. Jahresber. f. 1895. Bd. II. S. 35) zurück, dass das Wesen der Krankheit in den multiplen kleinen parenchymatösen Extravasaten läge, von denen aus die Pigmentanhäufung in Leber und anderen Organen durch Resorption entstehen sollte. Hiergegen spricht nach H. die Unbedeutendheit und Inconstanz solcher Blutungen, auch das Fehlen von Pigmentzunahme in den resorbirenden Lymphdrüsen. Ferner gelang es ihm nicht, experimentell durch Peritoneal-Injection grosser Blutmassen (der Hälfte der Blutmenge des Thieres und mehr) bei Kaninchen eine Pigmentvertheilung wie bei der perniciösen Anämie zu erreichen. Vielmehr trat im Gegensatz zu dieser hierbei eine nur geringe oder gar keine Steigerung des Leberpigmentes, dagegen eine starke Pigmentanhäufung in der Milz auf. Es geht hieraus auch hervor, dass die Vorgänge bei der perniciösen Anämie nicht als einfache Steigerung der normalen Blutzerstörung betrachtet werden können. — H. fügt noch einige Bemerkungen darüber hinzu, dass im Hinblick auf den Ablauf der hauptsächlichen Veränderungen im Pfortader-Kreislauf die perniciöse Anämie als eine specifische Form von „intestinaler" Anämie aufzufassen ist, welche zu anderen intestinalen Anämien, namentlich der von verschiedenen Seiten hierzu gerechneten Chlorose, im Gegensatz steht.

Klein (10) betont nach neueren Kenntnissen als characteristischen Blutbefund bei perniciöser Anämie (sowohl mit wie ohne nachweisbare Ursache) die Anwesenheit von Megaloblasten, während bei secundären Anämieen nur Normoblasten gefunden werden. Doch hält er die von H. F. Müller (s. Jahresbericht f. 1893. Bd. II. S. 53) hingestellte Anschauung, wonach die perniciöse Anämie auf einer von embryonalen Megaloblasten ausgehenden Knochenmarkbildung sui generis beruhen soll, für nicht stichhaltig, da schon das Vorkommen von Heilungen, sowie die auf Helminthiasis beruhenden Fälle hiergegen sprechen. — Er giebt Notizen über den Blutbefund bei 3 sich bessernden Fällen von perniciöser Anämie: Anfangs waren neben den reichlichen Normoblasten in mässiger Anzahl Megaloblasten vorhanden: dieselben zeigten, wie auch die meisten kernlosen Poikilocyten, mit Eosin und Methylenblau violette (bei starker Vergrösserung sich in feine blaue Granulationen auflösende) Färbung, die von verschiedenen Beobachtern als Zeichen jugendlicher Erythrocyten-Formen angesehen wird. Während der Besserung nahmen die Normoblasten zunächst an Zahl sehr zu, dann schnell ab bis zum völligen Verschwinden; gleichzeitig verloren die Megaloblasten die blaue Granulirung, sie wurden kleiner, den Normoblasten ähnlicher, um allmälig auch zu verschwinden. K. sieht dem entsprechend die schnelle Zunahme der Normoblasten bei perniciöser Anämie als ein prognostisch günstiges Zeichen an (vgl. auch v. Noorden, Jahresber. f. 1891. Bd. II. S. 265.) — Den Megaloblasten schreibt er nach diesen und anderen Beobachtungen dieselbe oder noch stärkere regeneratorische Thätigkeit als den Normoblasten zu und hält ihr Auftreten im Blut und Knochenmark für eine Selbstschutzmaassregel des Organismus: die Characteristik der perniciösen Anämieen liegt nach ihm in einer „megaloblastischen Regeneration des Knochenmarkes."

Eine chemische Untersuchung des (Leichen-) Blutserum von perniciöser Anämie führten zum ersten Mal Ruttan und Adami (11) aus. Das Blut (300 ccm) wurde 5 Stunden nach dem Tod (bei starker Kälte) dem sehr dilatirten rechten Herzen entnommen; die letzte Zählung vor dem Tod hatte 700000 rothe Blutkörperchen im Cub. Mill. ergeben. Die Analyse des klaren Serum ergab durchweg abnorm niedrige Zahlen: Specif. Gewicht nur 1026,1. Summa der Eiweisssubstanz 5,2 pCt.; davon Globulin 2,3 pCt. und Serum-Albumin 2,9 pCt.; Aschenrückstand 0,875 pCt. — Der Eisengehalt der Leber wurde auf 0,24 pCt. der frischen = 0,72 pCt. der trockenen Lebersubstanz erhöht gefunden.

Als Beispiel dafür, dass Nervenshock und Erkrankung des Nervensystems eine Gelegenheitsursache für die perniciöse Anämie abgeben kann, führt Herrick (12) die Krankengeschichte einer 63jähr. Frau an, welche im unmittelbaren Anschluss an einen Fall auf den Rücken erkrankte. Den anfänglichen nervösen Erscheinungen (Schwäche der Glieder, Schwindelgefühl etc.) folgte bald das ausgesprochene Bild der perniciösen Anämie: extreme Blässe, allgemeine Schwäche, Retinal-Blutungen, characteristischer Blutbefund mit spärlichen kernhaltigen rothen Blutkörperchen, etc. Unter Arsenik-Gebrauch trat Besserung ein. — H. führt eine kleine Reihe von Literaturfällen (s. z. B. Jahresber. f. 1885. Bd. II. S. 251) an, welche in ähnlicher Weise für einen Zusammenhang eines Shock (psychischer Emotien, Eisenbahnunglück u. Aehnl.) mit der Entwicklung schwerer Anämie sprechen. Ob dabei der Shock direct oder durch das Mittel der Verdauungsorgane etc. auf die Blutbildung verändernd einwirkt, wird offen gelassen.

Cabot (13) giebt eine Statistik über 50 Fälle von perniciöser Anämie (33 M., 17 W.) mit 8 Sectionen.

Alle Fälle zeigten die „typische Aetiologie", worunter C. das Fehlen ausreichender bekannter Ursachen versteht, so dass unbekannte Factoren als der Hauptsache nach die Aetiologie der Krankheit bedingend und Momente, wie Malaria, Blutungen, Partus, Dyspepsie, nur als unterstützend anzusehen sind. — Von sonstigen Angaben seien erwähnt: Partus spielte bei diesen Fällen nur 1 mal, die Menopause 3 mal, Malaria 3 mal, Syphilis in keinem Fall eine ätiologische Rolle. Blutungen wurden 17 mal, und zwar 12 mal nach Eintritt der Anämie, 5 mal vor demselben beobachtet. — Der Anfang der Erkrankung war stets schleichend; unberechenbare Besserungs-Perioden und Relapse waren in 9 Fällen ausgesprochen. — Unter den Symptomen wird als das frühzeitigste die (gelbliche) Blässe betont; demnächst Muskelschwäche, Kurzathmigkeit, Appetitmangel, Uebelkeit und Erbrechen (in 31 Fällen); Diarrhoe wird 12 mal, Verstopfung 13 mal, beides abwechselnd 4 mal angegeben. Oedem der Füsse bestand 24 mal, Ascites 2 mal, Hydrothorax 3 mal. — Nervensymptome verschiedener Art wurden häufiger bei den Frauen (in über der Hälfte) als bei den Männern (in $^1/_3$ der Fälle) beobachtet. In der letzten Lebenszeit bestand in der Regel Benommenheit, bei 4 Fällen vorher Delirien. — Auffallende (anorganische) Herzgeräusche wurden in 35, Herzvergrösserung nur in 2 Fällen constatirt. Lebervergrösserung bestand bei 7, Milzschwellung bei 5, Druckschmerzhaftigkeit der langen Knochen in 6 Fällen; bei 40 Fällen wird die gute Erhaltung des subcutanen Fettes betont. Der Urin war selten stark pigmentirt; in 3 Fällen wurde die Abwesenheit von pathologischem Urobilin constatirt. Von 8 ophthalmologisch untersuchten Fällen zeigten 5 Netzhautblutungen. — Fieber war in allen 40 Fällen, bei welchen Temperaturmessungen stattfanden, ausgesprochen, meist schwach und unregelmässig.

Die Blutuntersuchungen, welche genauer beschrieben werden, ergaben als typische Punkte: Verminderung der rothen Blutkörperchen bis auf ungefähr 1 Million (vor dem Tod noch niedriger); Abwesenheit von Leukocytose; in einigen Fällen vielleicht ein relativ hoher Hämoglobingehalt; Zunahme des durchschnittlichen Durchmessers der rothen Blutkörperchen; Anwesenheit reichlicher „polychromatophiler" rother Zellen, die Minderzahl derselben Normoblasten; Anwesenheit von Myelocyten; relativ hoher Procentsatz kleiner Lymphocyten auf Kosten der polymorphkernigen Zellen.

Nachdem Stengel (14) in Bezug auf das Wesen der perniciösen Anämie sich der Anschauung angeschlossen hat, dass dieselbe eine hämolytische Krankheit ist, deren Ursachen wahrscheinlich in Gährungs- oder Fäulniss-Vorgängen innerhalb des Magen-Darm-Canales liegen, bespricht er die Hauptpunkte ihrer Behandlung: Von den specifisch wirkenden Mitteln betont er besonders das Arsenik (innerlich oder subcutan gegeben), für dessen günstige Wirkung er zwei Beispiele mittheilt. Das Eisen hält er im acuten Krankheitsstadium für contraindicirt, in der Reconvalescenz für werthvoll. Das Knochenmark (rothes Mark von Kalbsknochen, am Besten mit Glycerin verrieben) wandte er in 2 Fällen an, das eine Mal mit anscheinend gutem, vorübergehendem Erfolg, das andere Mal ohne Effect. In Hinsicht auf die anderweitigen ebenfalls widersprechenden Erfahrungen hält er das Urtheil über den Werth der Knochenmark-Behandlung noch nicht für spruchreif. — Daneben betont er die Indication einer Regelung der Circulation und zur Erfüllung derselben Massage und (mit Rücksicht auf die verminderte Blutmenge) Einführung grösserer Wassermengen durch Dickdarm-Injectionen, resp. subcutane oder intravenöse Infusionen. — Den abnormen Zersetzungsprocessen im Digestionstractus ist am besten durch Ausspülungen des Darmes und des Magens entgegenzuwirken.

Aus den von Hunt (17) mitgetheilten Krankengeschichten von 3 ausgesprochenen Fällen von perniciöser Anämie, davon 2 mit Section, sind einige Punkte erwähnenswerth: Das Blut zeigte übereinstimmend den Hämoglobingehalt der Blutkörperchen im Verhältniss zu ihrer Zahl erhöht. Der Urin enthielt in einem Fall beträchtliche Mengen von Hämatoporphyrin. Am Herzen bestanden dauernd auffallende anämische Geräusche, in einem Fall diastolischer Natur. Bei 2 Fällen fanden sich Schleimhaut-Blutungen an der unteren Zungenfläche. Die Sectionen ergaben reichlichen Eisengehalt der Leber, resp. auch der Milz und der Nieren: im Knochenmark Vermehrung der Markzellen und der kernhaltigen rothen Blutkörperchen.

Therapeutisch wurde in allen 3 Fällen der innerliche Gebrauch von rothem Rinder-Knochenmark einige Wochen hindurch versucht, aber ohne nennenswerthe Einwirkung auf Zahl der rothen Blutkörperchen und Hämoglobingehalt des Blutes, während beide unter Anwendung von Arsenik zeitweise bedeutend stiegen. — H. findet (mit diesen Fällen) jetzt im Ganzen 10 brauchbare Mittheilungen über die Behandlung der perniciösen Anämie mit Knochenmark, unter denen nur bei 2 (Fraser, s. Jahresber. f. 1894. Bd. II. S. 40 und Barrs, s. Jahresber. f. 1895 Bd. II. S. 35) günstiger Erfolg angegeben ist. Auch hält er vom theoretischen Standpunkt aus die Wirkung des Knochenmarkes für zweifelhaft.

In einem von Dieballa (18) genauer mitgetheilten ausgesprochenen Fall von perniciöser Anämie blieben Eisenpräparate (namentlich Ferratin), Sauerstoff-Inhalationen etc. ohne tiefere Einwirkung: Arsen und innerliche Verabreichung von Knochenmark wurden nicht längere Zeit vertragen. Dagegen trat unter consequentem Gebrauch von Salol (zu 3—5 g täglich), welches in der Annahme eines im Darmcanal vorhandenen, der Krankheit zu Grunde liegenden Infectionsträgers gegeben wurde, eine allmälige allseitige Besserung, namentlich eine Zunahme der rothen Blutkörperchen bis zur Nähe der Norm statt. — Die weissen Blutkörperchen fanden sich zwar absolut vermindert, aber in einem günstigen Verhältniss zu den rothen, auch das Verhältniss der einzelnen Leukocytenformen unter einander und namentlich die Zahl der eosinophilen Leukocyten meist normal. Diesen Befund sieht D. (mit Ehrlich) als Zeichen eines gut functionirenden Knochenmarkes an und will aus ihm in solchen Fällen eine

günstige Prognose für die Heilungsfähigkeit der Krankheit ableiten.

Leo (21) theilt Bemerkungen über die Beziehungen zwischen Gastroptose und Chlorose mit. Einerseits wendet er sich dabei gegen die Angaben von Meinert (s. Jahresber. f. 1893. Bd. II. S. 53 und 1895. Bd. II S. 33), welcher die (durch Corsetdruck erzeugte) Gastroptose als constante Grundlage der Chlorose betrachten will. Namentlich bezweifelt er (mit Anderen) dessen Befunde betreffs der Lage der kleinen Magencurvatur. Die Häufigkeit eines Tiefstandes der grossen Curvatur des (aufgeblähten) Magens bei Chlorotischen bestätigt L., bezieht denselben aber grossentheils, wie viele frühere Beobachter, auf abnorme Ausdehnbarkeit des Magens in Folge von Atonie seiner Wände; er fand dieselbe Magenausdehnung bei anämischen Kindern, die niemals Corsetdruck oder Aehnliches erfahren hatten. — Andererseits findet er, dass die Verschiebung der Magengrenzen bei Corset-tragenden Chlorotischen meist viel stärker, als bei nicht geschnürten Anämischen ist, und schliesst daraus, dass allerdings oft eine Tief- resp. Querstellung des Magens als Folge des Corsetdruckes bei jenen besteht. Dem Fehlen eines solchen Unterschiedes bei Magendurchleuchtung (Meltzing) schreibt er keine Beweiskraft zu. Dagegen weist er die Auffassung der Gastroptose als bedingender Ursache für die Chlorose zurück, schon wegen des häufigen Vorkommens letzterer ohne jede Corseteinwirkung.

Townsend (22) giebt eine kurze Statistik über 87 poliklinisch beobachtete Fälle von Chlorose. Es sei erwähnt, dass er zur Beurtheilung der Anämie durch die Inspection die Fingernägel (in 95 pCt. der Fälle blass) am geeignetsten, die Conjunctiven (nur in 64 pCt. blass) am wenigsten geeignet fand. Venengeräusche am Hals waren in 86 pCt., ein systolisches Herzgeräusch in 50 pCt. der Fälle vorhanden; Verstopfung bestand in 65 pCt.

Bei 30 dieser Fälle wurde (nach Forchheimer) die Behandlung mit „intestinalen Antiseptica" in Form des Beta-Naphthol, 3 mal täglich 2 grains, meist 3—4 Wochen lang, durchgeführt. Die Besserung wurde dabei durch Hämoglobinbestimmung controlirt, und die Resultate mit den bei Eisenbehandlung (Blaud'schen Pillen) erreichten verglichen. In 7 Fällen, die zur Controle nur mit Abführmitteln (Cascara) behandelt wurden, fand weitere Abnahme des Hämoglobin statt. Dagegen belief sich die durchschnittliche wöchentliche Hämoglobin-Zunahme im Blut:

bei Behandlung mit Beta-Naphthol (30 Fälle) auf 1,85 pCt.
bei Behandlung mit Blaud'schen Pillen (31 Fälle) auf . . . . 5,07 -
und zwar unter letzteren
bei Blaud'schen Pillen nach vorher gereichtem Naphthol (12 Fälle) auf . . . . 6,70 -
bei Blaud'schen Pillen allein (19 Fälle) auf . 4,50 -

Die besten Erfolge hat hiernach die combinirte Behandlung mit Eisen und Naphthol aufzuweisen. Mit derselben Methode erzielte T., einem Nachtrag zu Folge, bei weiteren 28 Fällen von Chlorose einen wöchentlichen Hämoglobin-Zuwachs von 7,9 pCt.

Die neu empfohlene Behandlung der Anämie und speciell der Chlorose mit mässigen Aderlässen und Schwitzbädern (vergl. Jahresber. für 1890. Bd. II. S. 337 und 1891 Bd. II. S. 266) hat Schmidt (27) an einer Reihe von Chlorosen mit der Eisentherapie verglichen. Die Behandlungsmethoden wurden dabei theils isolirt, theils combinirt angewendet, der Aderlass (durchschnittlich 80 ccm) theils einmal, theils wiederholt (2—6 mal) ausgeführt, und das Eisen besonders als Blaud'sche Pillen, resp. auch als Ferr. oxyd. sacharat. oder als Pfeuffer'sches Hämoglobin verabreicht. Der Erfolg der Behandlung wurde hauptsächlich nach dem Hämoglobin-Gehalt des Blutes, in zweiter Linie nach dem Körpergewicht beurtheilt, während auf die Blutkörperchenzahl wenig Werth gelegt wird. Die Ergebnisse werden in folgender Tabelle zusammengefasst, wobei allerdings zu berücksichtigen ist, dass manche Kategorien nur auf wenigen Fällen beruhen:

	Durchschnittl. wöchentl. Zunahme des Hb. in pCt.	Gew. in Kil.
Ein Aderlass und Eisen . . .	6,20	0,73
Eisen	6,18	0,48
Ein Aderlass	2,50	0,92
Mehrere Aderlässe	0,59	0,51
Schwitzcur	0,39	0,44
Ein Aderlass und Schwitzcur .	0,36	0,46
Mehrere Aderlässe, Schwitzcur und Eisen	— 0,02	— 0,04
Mehrere Aderlässe u. Schwitzcur	— 0,56	0,19

Die günstigen Erfolge der 1. Kategorie (Aderlass und Eisen) werden dem Eisen zugeschrieben, so dass sich ein beträchtliches Ueberwiegen der Eisenwirkung und für den Nutzen der wiederholten Aderlässe und der Schwitzcur keine Bestätigung ergiebt. — Daneben wird Unterstützung der Behandlung durch Bettruhe betont.

(Dunin, T., Zur Behandlung der Bleichsucht (Chlorosis). Gazeta lekarska. No. 42, 43.

Verfasser betrachtet das Eisen als Specificum gegen Bleichsucht und verabreicht es so lange, bis sämmtliche Symptome der Krankheit geschwunden sind, also mehr weniger durch 4—6 Wochen. Um Recidive zu vermeiden, lässt es Verfasser noch durch ein halbes Jahr und mehr durch 10 Tage im Monat nehmen. Dabei hält Verf. die Patientinnen im Bett, und zwar in mittelschweren Formen ca. 3 Wochen, schwere Fälle sogar 6 Wochen. Von dem Einflusse der Gebirgsluft und der Hydropathie hält er bei Chlorose sehr wenig.

Lustig (Krakau).

1) Biernacki, E., Definition der Chlorose. Nowiny lekarskie. No. 8, 9. — 2) Klejn, S., Einige Bemerkungen zur Behandlung der Chlorose. Medycyna. No. 22, 23, 24.

Biernacki (1) weist den geringen diagnostischen Werth der klinischen Blutuntersuchung für Chlorose nach. Die meisten dabei gefundenen Veränderungen können auch bei anderen Zuständen vorkommen. Die einzige principielle und constante Veränderung des Blutes bei dieser Krankheit ist die Hydraemie. Ein hoher Grad von Hydraemie spricht in zweifelhaften Fällen für Chlorose und gegen tuberculöse Anämie. Doch ist auch der symptomatische Werth dieser Veränderung sehr gering und ist auch der Grad derselben unabhängig

von dem Grade der Krankheit. Das äussere Aussehen der Patienten ist nach den Beobachtungen und nach der Ueberzeugung des Verfassers abhängig nur von der Farbe des Blutes, die aber ihrerseits nicht bloss von dem Haemoglobingehalt, sondern auch von dem Gehalte des Blutes an anderen Farbstoffen bedingt wird. Die Blässe des Blutes, speciell des Menstrualblutes, spielt auch in der Diagnose dieser Krankheit eine wichtige Rolle.

Neben den allgemein gangbaren Ansichten über die Behandlung der Chlorose hebt Klejn (2) besonders den Werth periodischer Blutuntersuchungen auf Haemoglobin hervor. Die Behandlung darf nicht früher ausgesetzt werden, bevor der Haemoglobingehalt des Blutes nicht normal wird. **Spina** (Krakau).

Bruhn, M., Fåbraeus, Zwei Fälle von Botriocephalusanämie. Aus der medicinischen Klinik des Serafimspitals. Hygiea. LVIII. 12. p. 561—579.

Die zwei ersten in Schweden veröffentlichten Fälle von Botriocephalusanämie:

I. 45jähriger Metallarbeiter. Hat Morbilli, Scarlatina, Erysipelas und Plumbismus durchgemacht. Litt seit seiner Kindheit an Dyspepsie. Ass viel rohen Lachs und Felchen sowie Bleckenlaich. Er erkrankte an heftiger Nasenblutung. Nach mehreren Jahren Abgang von Botriocephalus, 6 Fuss lang. 2 Jahre später Diarrhoe mit Colik sowie Influenza mit nachfolgender Anämie (Farbekraft von 15 Fleischl sowie 880000 rothe Blutkörperchen pr. cmm). Auch kernhaltige rothe Blutkörperchen konnten nachgewiesen werden sowie eine bedeutende Poikilocytose. Unbedeutende Albuminurie. Faeces enthielten Eier von Botriocephalus latus in reichlicher Menge. Lues. Ord. Liq. arseniit. kal. in steigender Dosis. Besserung, aber bei der Untersuchung des Magensaftes konnte freie Salzsäure mit den gewöhnlichen Reagentien nicht nachgewiesen werden. Nach Einnahme von 18 Capseln à 0,5 g Extr. Filicis maris evacuirte Pat. zwei Exemplare von Botriocephalus latus. Die Blutuntersuchung zeigte die Farbekraft = 85 und die Zahl der rothen Blutkörperchen = 4310000. Keine Poikilocytose konnte constatirt werden und eine reichliche Münzrollenbildung fand sich vor.

II. 57jähriges Weib. Hatte Morbilli, Otitis media und Rheumatismus articulor. durchgemacht. Seit ihrem 20. Jahre war sie von Varices anticruris schwer belästigt. Vor 4 Jahren ging ein ungefähr 20 cm langer Bandwurm ab und ein Jahr später noch ein derartiger von ca. 50 cm Länge. Nach einer heftigen Erkältung erkrankte sie an Phlebothrombosis cruris dextri mit nachfolgender Anämie, Erbrechen und Diarrhoe. Ein weiches, systolisches, blasendes Geräusch wurde gehört, am stärksten über der Art. pulmon. Es wechselte deutlich mit den Respirationsphasen, so dass es am lautesten am Ende des Exspiriums, am schwächsten auf der Höhe des Inspiriums war. Wenn die Pat. sass, wurde das Blasegeräusch nicht gehört. Die Untersuchung des Magensaftes zeigte Abwesenheit von freier Salzsäure und Pepsin. Der Harn war eiweissfrei. In den Faeces zahlreiche Eier von Botriocephalus latus. Die Untersuchung des Blutes zeigte 1384000 rothe Blutkörperchen, die Färbekraft war = 30 Fleischl, la valeur globulaire = 1,08, der Durchmesser-Mittelwerth = 7,75 μ. Nach 10 g Extr. filicis maris ging ein ca. 3 m langer Botriocephalus latus ab. Sie wurde vollkommen gesund. Die Zahl der rothen Blutkörperchen war 4882000, die Färbekraft = 80, la valeur globulaire = 0,82, der Durchmesser-Mittelwerth = 7,70.

A. Fr. Eklund (Stockholm).]

Als Anhang: Oedem, Myxödem.

1) Buschan, G., Ueber Myxödem und verwandte Zustände, zugleich ein Beitrag zur Schilddrüsenphysiologie und Schilddrüsentherapie. Wien. — 2) Treupel, G., Stoffwechseluntersuchung bei einem mit „Jodothyrin" (Thyrojodin) behandelten Fall von Myxödem und Mittheilung einiger Thierversuche mit Jodothyrin (Thyrojodin). Münch. med. Wochenschr. No. 38. — 3) Hugh Smith, T. F., Enlarged thyroid; disappearance of gland followed by Myxoedema. Brit. medic. Journ. Jan. 4. — 4) Rumpel, Myxödemartige Erkrankung bei Hodenatrophie. Deutsche med. Wochenschr. No. 19. Vereins-Beil. No. 14. (Hamburg. ärztl. Verein.) (36jähr. Mann, seit dem 30. Jahre krank. Myxödem-ähnliche Verdickung der Haut und des subcutanen Gewebes an Händen, Füssen und Abdomen; Haarausfall; nervöse Beschwerden, Gedächtnissschwäche etc. Daneben starke Atrophie beider Hoden und Nebenhoden und Polyurie. — Schilddrüsen-Tabletten zunächst ohne wesentlichen Einfluss.) — 5) Murray, G. R., After-history of the first case of Myxoedema cured by thyroid extract. Brit. med. Journ. Febr. 8. — 6) Jaunin, P., Observation d'un nain myxoedémateux, traité par les préparations thyroidiennes. Rev. méd. de la Suisse rom. I. p. 34. (Krankengeschichte eines jungen Mannes von 16½ Jahren, der myxödematösen Habitus und zwerghaften Wuchs zeigte. Er wurde 8 Monate lang unter mässiger Besserung mit subcutanen Injectionen von Schilddrüsenextract, dann 1 Jahr lang mit englischen Schilddrüsen-Tabletten unter vorzüglichem Erfolg behandelt. Die Körperlänge nahm während der Behandlung von 113 bis auf 135 cm zu, und der Jüngling entwickelte sich unter Schwinden der myxödematösen Schwellungen und sonstigen Symptome zu normal schlankem und kräftigem Bau, wie zwei Photographien gut veranschaulichen.) — 7) Parker, W. Rushton, A cretin treated by thyroid extract. Brit. med. Journ. Febr. 8. (Sporadischer Cretinismus bei einem kleinen Mädchen; zu 6½ Jahren Bild eines starken Myxödem mit allgemeiner Hautanschwellung, am stärksten an Gesicht und Zunge. Während einjähriger Behandlung mit Schilddrüsenextract Rückgang der Hautanschwellung und Beginn höheren geistigen Lebens.) — 8) Metcalf, H., A case of Myxoedema. Boston Journ. Octob. 29. (Ausgesprochener Fall von Myxödem bei einer 45jähr. Frau, sehr günstig beeinflusst durch Schilddrüsenextract in Form der englischen Tabletten; Maximaldose 3 mal tägl. 5 grains. Schon nach 3 Wochen auffallende Besserung, später noch viel weiterer Fortschritt; Gewichtsverlust beinahe 50 Pfd. — Warnt im Uebrigen vor zu begeisterter Verallgemeinerung der Organtherapie.) — 9) Woodman, J., Myxoedema: a case treated by thyroid extract. New-York medic. Record. Octob. 31. (38jähr. Frau, seit 8 Jahren krank; hoher Grad myxödematöser Schwellung, Steigerung des Körpergewichtes von 120 auf 240 Pfd. — Unter Gebrauch kleiner Dosen von Schilddrüsenextract [5 grains tägl.] und reichlichem Wassergenuss schneller Rückgang der Erscheinungen; Gewichtsverlust nach ca. 8 Wochen 31 Pfd., nach ca. 4 Monaten 60 Pfd.)

Bei einem ausgesprochenen Fall von Myxödem stellte Treupel (2) während einer 6tägigen Darreichung von Jodothyrin (Thyrojodin), zu 2,0 g (= 0,6 mg Jod) täglich, Stoffwechseluntersuchungen an. Dieselben ergaben:

	N-Einfuhr.	N-Ausfuhr.
Vorperiode (Mittel aus 3 Tagen)	18,02	17,88.
Jodothyrinperiode (6 Tage)	16,2	20.0.
Nachperiode (3 Tage)	15,65	21,59.

Gleichzeitig eine Abnahme des Körpergewichtes um 1,9 kg in 10 Tagen. Es zeigt sich also, dass das Jodothyrin, wie der Gesammtextract der Schilddrüse, bei Myxödem den Körperumsatz steigert.

Daran knüpft T. Notizen über einige Versuche mit

Jodothyrin bei Thieren: Bei Fröschen, für welche das Mittel sich als ungiftig erwies, liess sich nach Einführung desselben sehr leicht Jod in den Schilddrüsen nachweisen. Dagegen fand sich bei Kaninchen nach Jodothyrindarreichung Jod in den Organen nicht, resp. nur spurweise. — Bei einem Hund, der nach Thymusexstirpation mit Krampfanfällen erkrankte, wirkte Jodothyrin vorübergehend günstig.

Der von Hugh Smith (3) mitgetheilte Fall von Myxödem zeichnet sich dadurch aus, dass eine Reihe von Jahren vor der Erkrankung ein dem Morb. Basedowii ähnlicher Zustand bestanden hatte: Die betreffende Kranke zeigte im 17. Lebensjahr Anschwellung der Schilddrüse, Exophthalmus, holprige Sprache und Chorea-ähnliche Bewegungen der Extremitäten. Nachdem zu 21 Jahren die Menstruation eingetreten war, besserte sich der Allgemeinzustand. Vom 22. Jahr an trat Haarausfall, Langsamkeit der Sprache etc. ein. Zu 26 Jahren bot die Kranke das ausgesprochene Bild des Myxödem; der Exophthalmus war verschwunden, die Schilddrüse nicht zu fühlen. Unter Behandlung mit getrockneter Schaf-Schilddrüse gingen die Myxödemsymptome in ca. 6 Monaten zurück.

Murray (5) betont, dass eine Heilung des Myxödem im eigentlichen Sinn nur da eintreten kann, wo heilbare Veränderungen der Schilddrüse z. B. syphilitische Erkrankung, Actinomycose (vergl. Köhler, Jahresber. f. 1892. Bd. II. S. 256 und 1894. Bd. II. S. 45) vorliegen, dass aber auch bei der gewöhnlichen Grundlage des idiopathischen Myxödem, der chronischen interstitiellen Thyroiditis, von dauernder Heilung gesprochen werden kann, so lange die Schilddrüsenbehandlung fortgesetzt wird. Als Beispiel hierzu führt er den Fall an, bei welchem er zuerst den Schilddrüsen-Extract versuchte (s. Jahresber. f. 1892. Bd. II. S. 257): eine bei Beginn der Behandlung 46jährige Frau, deren Wohlbefinden er nun durch $4^1/_4$ Jahre constatirt hat, und die fortgesetzt wöchentlich 1 Drachme Schilddrüsen-Extract gebraucht.

[Korczynski, L., Klinische Beiträge zum Myxödem. Przegl. lekarski. No. 5—9.

Nachdem der Verfasser die herrschenden Theorien über Myxoedema erörtert hat, beschreibt er einen in der Krakauer Klinik im Jahre 1894/95 behandelten Fall, in welchem die Schilddrüsentherapie einen eclatanten Erfolg hatte. In der kritischen Besprechung desselben hebt Verfasser in erster Reihe den interessanten Blutbefund hervor; er fand nämlich gleich Kraepelin eine constante Megalocythämie, deren Entstehung er der vermehrten Zufuhr eines zur physiologischen Ernährung der Blutkörperchen ungehörig vorbereiteten Eiweisses zuschreibt, ferner eine bedeutende Eosinophilie, die am Anfange 25 pCt. betrug, um beim Schwinden der Krankheitssymptome auf 3 pCt. zu fallen. Als ein interessantes und gewissermaassen neues Symptom erwähnt Verf. $^1/_2$—$1^1/_2$ cm breite, blau gefärbte Hautdivulsionen am Bauche und ebensolche, bloss schmälere, an der äusseren oberen Schenkelseite, ähnlich jener, wie man sie bei manchen Infectionskrankheiten, wie Meningitis und Typhus, sieht. Was das Körpergewicht anbelangt, so schwankte dasselbe, je nachdem man die Schilddrüsentherapie unterbrach oder fortsetzte; im Ganzen verringerte es sich um 26 kg. Die Milchdrüsen secernirten während der ganzen Observationszeit Collostrum, was jedoch Verf. für ein zufälliges, von Myxoedema unabhängiges Symptom hält. Verf. betont ferner, dass es Fälle von Myxödem giebt, in welchen die Krankheit kein characteristisches Bild darbietet. Blutbefund, Temperatur und Pulsverhalten dürften wichtige diagnostische Merkmale darbieten; mit Skizzirung zweier einschlägiger Fälle, wo die Schilddrüsentherapie manifesten Erfolg hatte, schliesst die Arbeit. **Korczynski** (Krakau).

Bychowski, Z., Ein Fall von mit Thyreoidin behandeltem Myxödem. Przegl. chirurgiczny. Bd. III. Heft 2.

Typischer rapid zunehmender Fall von Myxödem bei einer 52jährigen, bisher gesunden, hereditär nicht belasteten Frau: Psychische Depression, Verlust der Haare und Zähne, vage Schmerzen, Schwerfälligkeit bis zur vollständigen Unbeholfenheit, Fettleibigkeit, rapides Steigen des Körpergewichts. Nach Verabreichung von Thyreoidin schnelle Besserung. Wegen auftretender Symptome von Thyreoidinismus (Somnolenz, Kopfschwindel) Aussetzen der Therapie, worauf der frühere Zustand rasch zurückkehrt. Eine erneuerte Schilddrüsen-Therapie bringt wieder Besserung. In Folge nochmaliger Unterbrechung derselben abermaliges Recidiv, welches wieder der specifischen Therapie weicht. Erwähnt möge hier noch werden, dass sich in diesem Falle die Besserung besonders rapid nach Verabreichung der englischen Thyreoidinpastillen von Bourroughs, Wellcome and Co. bemerkbar machte.

Trzebicky (Krakau).

Andersson, Johann A., Ein Fall von Myxödem, mittelst „Thyreoidea-Tabletten" behandelt. Vortrag im medicinischen Verein zu Stockholm am 26. October 1895. Hygiea. LVIII. p. 303—325.

46jährige Wittwe. Hatte Masern, Wechselfieber, Angina tonsillaris, Magen- und Darmcatarrh, Dysmenorrhoe und Menorrhagien, Icterus, Bronchitis chronica, Chlorosis gravis, Ruptura muscul. lumbal. dextri c. Colica et Dyspepsia, Scarlatina, Gastritis acuta (Periyphlitis? 7 mal), Ulcus ventriculi, Ren mobilis dexter, Peritonitis acuta (als Folge von Massage), Lithiasis renis sinistri c. Pyuria durchgemacht. Jetzt entwickelte sich allmälig Myxödem. Anfangs gab A. nur $^1/_4$ Tablette (Bourroughs, Wellcome & Co. „Tabloids") während der ersten zwei Tage und sodann während der zwei darauf folgenden Tage eine halbe Tablette. Es war aber zu viel, aber nach einiger Zeit hielt sich die Patientin mit Hülfe einer halben Tablette pro die bei voller Figur und guten Kräften.

A. Fr. Eklund (Stockholm).]

III. Diabetes mellitus und insipidus.

1) Benedict, A. L., Diabetes. Philadelph. med. and surg. Reporter. March 7. (Theoretische Auseinandersetzung über das Wesen des Diabetes. Als der für dasselbe wichtigste Punkt wird dabei weniger die Zuckervergeudung, als der aussergewöhnliche Stickstoffzerfall, der sich in der übermässigen Harnstoff-Ausscheidung ausspricht, angesehen. Der Ausgangs-

punkt der Erkrankung wird in der organischen oder functionellen Störung des Pancreas gesucht, welche zum Fehlen des zuckerzersetzenden Fermentes und zur Verhinderung der Zuckeroxydation führt. Für letztere tritt der abnorme Stickstoffzerfall ein. Nur in einem kleinen Theil der Fälle soll eine Erkrankung der Leber und Störung ihrer glycogenen Function eine Rolle spielen.) — 2) Derselbe, Dasselbe. Ebendas. Aug. 15. (Als Belag vorstehender Anschauungen wird ein besonders günstig verlaufender Fall von Diabetes mitgetheilt, für welchen B. eine rein functionelle Pancreas-Störung als Grundlage annimmt. Die Erkrankung war nach tiefen psychischen Erregungen eingetreten; zu Beginn der Beobachtung betrug die Ausscheidung 144 g Harnstoff neben 300 g Zucker; unter Kohlehydrat-freier Diät verschwanden in wenigen Wochen der Zucker und das Uebermaass an Stickstoffausfuhr.) — 3) Draper, W. H., The clinical aspects of Glycosuria. New York med. Record. April 11. Dass. in Americ. med. News. April 18. (Bemerkungen über die Pathologie der Glycosurie und des Diabetes. Aetiologisch werden besonders die Heredität, zusammenhängend mit gichtischer Anlage, und ungeeignete Nahrung betont. Für die medicamentöse Therapie wird auf Alkalien und Opium Werth gelegt. In einer daran sich knüpfenden Discussion in der New York Acad. of Med. hebt u. A. Thomson für die theoretische Erklärung des Wesens des Diabetes eine Störung der Innervation der Muskeln hervor. Von einigen Seiten wird vor zu strenger Diäteinschränkung gewarnt.) — 4) Hirschfeld, F., Beobachtungen über die Acetonurie und das Coma diabeticum. II. Theil. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 31. S. 212. — 5) Strümpell, A., Zur Aetiologie der alimentären Glycosurie und des Diabetes mellitus. Berl. klin. Wochenschr. No. 46. — 6) Wellberg, J., Ueber den gegenwärtigen Stand der Frage nach dem Diabetes mellitus und der Glycosurie. Petersb. med. Wochenschr. No. 14. (Zusammenstellung von bekannten Erfahrungen über alimentäre Glycosurie, Phlorizin-Diabetes und Pancreas-Diabetes. W. möchte die Annahme von Glycosurie als selbstständiger Krankheit möglichst eingeschränkt sehen und glaubt, jede alimentäre Glycosurie nach abnorm niedriger Zuckereinfuhr und jede sog. intermittirende Glycosurie, namentlich wenn es sich um Fettleibige, Gichtische oder Nervöse handelt, als nicht bedeutungslos, sondern als wahrscheinlichen Anfang eines Diabetes betrachten zu müssen.) — 7) Nehring, O. und E. Schmoll, Ueber den Einfluss der Kohlehydrate auf den Gaswechsel des Diabetikers. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 31. S. 59. — 8) Bischofswerder, A., Ueber Harnsäure- und Alloxurbasen-Ausscheidung bei Diabetes mellitus. Inaug.-Diss. Berlin. 30 Ss. — 9) Korte, J., Ueber Phlorizin-Diabetes, insbesondere beim Menschen. Inaug.-Diss. Halle. 21 Ss. — 10) James, A., The blood in Diabetes mellitus. Edinburgh med. Journ. Septbr. — 11) Williamson, R. T., A simple method of distinguishing diabetic from non-diabetic blood. Brit. med. Journ. Sept. 19. — 12) McDonald, Mark, Note on the picric acid test for sugar. Lancet. Februar 22. (Notiz über gewisse bei der Verwendung der Pikrinsäure zur Zuckerprobe nöthige Cautelen.) — 13) Kisch, E. H., Zur Lehre vom lipogenen Diabetes. Wien. med. Presse. No. 15. (Betont in Bezug auf den „lipogenen Diabetes" (s. Jahresber. f. 1887. Bd. II. S. 339), dass bei demselben in allen Fällen die Fettleibigkeit das Primäre und Ursächliche ist, im Gegensatz zu v. Noorden, der annimmt, dass auch umgekehrt die Fettsucht das Symptom eines sich entwickelnden Diabetes sein kann. Und zwar betont K. dies sowohl für die acquirirte wie für die hereditäre Fettleibigkeit; für die Entstehung des Diabetes sieht er bei ersterer die Muskelverfettung, bei letzterer eine abnorme Beschaffenheit der Gewebszelle als wichtigste Grundlage an.) — 14) Grube, K., Beiträge zur Aetiologie und Klinik der Zuckerkrankheit. Münch. med. Wochenschr. No. 23 u. 24. (Notizen über eine Reihe von Diabetesfällen: 4 Fälle von plötzlichem Auftreten von Zucker bei jüngeren Individuen [zwischen 18 und 35 Jahren], das eine Mal im Zusammenhang mit sexueller Neurasthenie; bei allen leichter, günstiger Verlauf, zum Theil mit auffallender Zunahme des Körpergewichts, obgleich bei 3 von ihnen beträchtliche Acetonurie bestand; G. möchte hier die Entstehung des Aceton aus dem Nahrungseiweiss, nicht dem Körpereiweiss ableiten. — 2 Fälle von zum Theil intermittirender Zuckerausscheidung bei anscheinender Lebercirrhose. 1 Fall von Steigerung der Zuckerausscheidung durch Gemüthserregung. Diabetes-Erkrankung bei einem Vater und 2 Kindern. Die Häufigkeit des mit Gicht zusammenhängenden Diabetes schätzt G. auf 21,4 pCt. — 2 Fälle von Angina pectoris bei Diabetes; bei dem einen derselben vielleicht Abhängigkeit beider Zustände von Arteriosclerose.) — 15) Loeb, M., Ueber des Anfangsstadium des Diabetes mellitus. Centralbl. f. inn. Med. No. 47. (Notizen über einige Fälle von Diabetes, bei denen, zum Theil zufällig, längere Zeit [darunter einmal 2, ein anderes Mal 3 Jahre] vor dem anscheinenden Beginn der Krankheit Zucker in geringerer Menge im Urin gefunden worden war. L. schliesst daraus, dass bei einer grossen Anzahl von Zuckerkranken lange, oft jahrelang, bevor der Diabetes durch stärkere Zuckerausscheidung oder andere Symptome deutlich in die Erscheinung tritt, vorübergehend kleine Zuckermengen ausgeschieden werden. Solche, wenn auch nur zeitweise im Urin auftretende kleine Zuckermengen dürfen daher nicht als gleichgültiges Symptom angesehen werden. Doch glaubt er nicht, dass sie regelmässig zu einem richtigen Diabetes führen.) — 16) Evans, H. Y., Conjugal Diabetes. Amer. med. News. Jan. 18. — 17) Oppler, Br. und C. Külz, Ueber das Vorkommen von Diabetes mellitus bei Ehegatten (Uebertragbarkeit des Diabetes mellitus). Berl. klin. Wochenschr. No. 26 u. 27. — 18) Senator, H., Ueber das Vorkommen von Diabetes mellitus bei Eheleuten und die Uebertragbarkeit des Diabetes. Ebendaselbst. No. 30. — 19) Hanot, V., Diabète bronzé. Brit. med. Journal. Januar 25. — 20) Gessler, H., Die Beziehungen zwischen Diabetes mellitus und Rückenmarkskrankheiten. Württemb. medic. Correspondenzbl. No. 4. (Kurze Zusammenstellung von Bekanntem betreffs der Beziehungen zwischen Diabetes und Nervensystem: Durch Gefässstörungen, Autointoxication und Wasserverarmung kann der Diabetes deletär auf das Nervensystem einwirken. Für das Gehirn erklären sich daraus Apoplexien und Embolien, wofür ein Beispiel angeführt wird. — Der Zusammenhang von Diabetes und Erkrankungen des Rückenmarkes und der peripheren Nerven kann sich nach Charcot und anderen Beobachtern in folgenden Formen zeigen: 1. Diabetes mit secundären nervösen Erscheinungen: die auf peripherer Neuritis beruhende diabetische Pseudotabes oder diabetische Paraplegie. 2. Rückenmarkskrankheiten mit secundären diabetischen Erscheinungen, die eventuell als Zeichen eines Fortschreitens des Processes auf den Boden des 4. Ventrikels aufzufassen sind: Glycosurie bei Tabes und bei herdförmiger Sclerose, wovon je 1 Fall mitgetheilt wird. 3. Diabetes und Tabes bei demselben Individuum, ohne Abhängigkeit von einander, nur durch hereditäre [arthritische] Anlage verbunden.) — 21) Kalmus, E., Beitrag zur Kenntniss der Rückenmarkserkrankungen bei Diabetes mellitus. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 30. S. 559. — 22) Derselbe, Ueber Rückenmarkserkrankungen bei Diabetes mellitus. Inaug.-Dissert. Berlin. 1895. 28 Ss. (Gleicher Inhalt mit voriger Mittheilung.) — 23) Fraser, Th. R. and A. Bruce, On a case of diabetic neuritis, with a description of the post-mortem examination of the nerves and muscles. Edinb. medic. Journ. Octob. — 24) Bussenius, Fibrinöse Pneumonie als Complication des

Diabetes mellitus. Berlin. klin. Wochenschr. No. 14. — 25) Discussion über vorstehende Mittheilung in der Berlin. Gesellsch. d. Charité-Aerzte. Berlin. klin. Wochenschr. No. 15. S. 333. (In der Diskussion erwähnt u. A. Klemperer, dass die Seltenheit der fibrinösen Pneumonie bei Diabetes im Einklang damit steht, dass die Pneumococcen zuckerhaltige Nährböden verschmähen, so dass Zusatz von 2 pCt. Traubenzucker zur Nährbouillon dieselben zum schnellen Absterben bringt.) — 26) König, Fr., Ueber diabetischen Brand. Berl. klin. Wochenschr. No. 25. — 27) Pusinelli, Ueber die Beziehungen zwischen Diabetes und Lebercirrhose. Berlin. klin. Wochenschr. No. 33. — 28) Gumpertz, K., Ueber die Beziehungen zwischen Diabetes und Hysterie. Deutsche medic. Wochenschr. No. 49. — 29) Sheppard, J. E., Two cases of acute mastoiditis in persons suffering from Diabetes mellitus. Americ. medic. News. May 2. — 30) Funke, G., Ueber den Zusammenhang zwischen Diabetes mellitus, Nephritis chronica und Cataract. Inaug.-Dissert. Berlin. 29 Ss. (Zusammenstellung von Literatur-Angaben über die noch immer unklare Entstehung der diabetischen Cataract. — Unter 126 Cataract-Kranken der Berliner Univers.-Augenklinik fand sich bei 7 = 5,5 pCt. oder nach Abrechnung von 2 zweifelhaften Fällen, bei 5 = 3,96 pCt. Zucker im Urin. — Für die Operation des diabetischen Staares sind die neuen Erfahrungen günstig. — Ferner führt F. zur eventuellen Stütze der von Deutschmann betonten Annahme einer Abhängigkeit der Cataract von chronischer Nephritis an, dass unter 119 Staarkranken bei 38 = 30,15 pCt. Albuminurie, durchweg leichten Grades, nachgewiesen wurde.) — 31) James, A., Clinical lecture on Diabetes mellitus. Edinburgh Journal. April. (Klinische Vorlesung über einen einfachen Fall von Diabetes. — Führt dabei an, dass in der Edinburgh Royal Infirmary die Zahlen der im Jahr aufgenommenen Diabetes-Fälle betrugen 1892—93 = 32, 1893—94 = 42, 1894—95 = 30 gegen frühere Jahre 1888—89 = 16, 1889—90 = 17, 1890—91 = 23, 1891—92 = 27, und dass diese Zunahme der letzten Jahre allem Anschein nach auf die Einwirkung der Influenza zurückzuführen ist.) — 32) Müller, Franz, Schwierigkeiten bei der Diagnose eines Falles von Diabetes mellitus decipiens, das Bild einer Tabes dorsalis incipiens vortäuschend. Wien. kl. Wchschr. No. 19. (Vorlesung über einen Diabetes-Fall, bei dem Polyurie, Polydipsie etc. fehlten, und dessen Hauptsymptome, nämlich paroxystische Schmerzen der Beine, Gürtelgefühl und Fehlen der Kniereflexe eine beginnende Tabes vortäuschten.) — 33) Mackintosh, Malcolm, A case of pancreatic Glycosuria. Lancet. Octob. 24. (Bei einem Diabetiker, der unter den Erscheinungen linksseitiger Pleuritis schnell zu Grunde ging, fanden sich die linksseitigen Abdominalorgane, namentlich Milz und Niere, durch ältere peritonitische Adhäsionen zu einer Masse vereinigt, in deren Mitte sich eine grosse unregelmässig gestaltete Cyste befand; in der Cystenwand zeigten sich geringe Reste von Pancreas-Gewebe; der Befund wird danach mit einiger Wahrscheinlichkeit aus dem Bestehen einer alten Pancreas-Cyste, die zu umgebender Peritonitis geführt hatte, erklärt.) — 34) Monin, E., Hygiène et traitement curatif du diabète. Paris. — 35) Lenné, Beitrag zur Behandlung des Diabetes mellitus. Allg. medic. Central-Zeit. No. 34 u. ff. (In längerer Auseinandersetzung bespricht L. die diätetische Behandlung der Diabetiker. Dabei wird betont, dass dieselbe für alle Grade und Formen des Diabetes eine gleichförmige sein muss, welche sowohl den Ueberschuss an Blutzucker entfernen, wie einen guten Ernährungszustand erhalten soll. Schematische Speisezettel sind hierzu unbrauchbar, vielmehr muss die geeignete Nahrung für den einzelnen Fall durch Stoffwechseluntersuchungen berechnet werden. Die sich ergebende Kost ist von der des Gesunden mehr quantitativ, als qualitativ verschieden. — Für die Form der zu verabreichenden Kohlehydrate werden die nur mässige Mengen davon enthaltenden Gemüse, wie Kohl etc., betont; den Brod-Surrogaten wird wenig Werth beigelegt. In Bezug auf die Eiweissnahrung ist auch bei den schweren Fällen das zu empfehlende Kostmaass geringer, als oft gereicht wird: bis zur Regelung der Eiweissausscheidung genügen ungefähr 2 g per Kilo Körpergewicht und auch später höchstens $2\frac{1}{2}$ g. — Dafür, wie die Mischung der Albuminate, Kohlehydrate und Fette aus dem Calorienbedarf des Körpers und dem Eiweiss- und Kohlehydrat-Umsatz zu berechnen ist, wird eine Reihe von Beispielen angeführt.) — 36) v. Oefele, F., Die Kohlenhydratnahrung der Zuckerkranken. Prag. med. Wochenschr. No. 25 bis 27. (Allgemeine Betrachtungen, welche die Anschauung ergeben, dass im Diabetes der Körper das Retentionsvermögen für Zucker verloren hat und dadurch in ein Kohlehydrat-Deficit geräth, welches eventuell zur Bildung von Ersatzzucker aus Eiweiss und Fett führt. Um diesem Deficit abzuhelfen, müssen Kohlehydrate, natürlich in möglichst verwerthbarer Form, dem Diabetiker gereicht werden; dazu gehören Inulin, Laevulose [und Pentaglycosen]. Daher Empfehlung von Rhizoma Graminis als Decoct, Inulin [in verschiedenen Pflanzenwurzeln], aber auch, bei gleichzeitiger Körperbewegung, von Stärke und selbst Rohrzucker zur Diabetiker-Diät.) — 37) Pfaff, Fr., Treatment of Diabetes mellitus. Boston Journ. Septbr. 3. (Allgemeine Besprechung der Diabetes-Behandlung, insbesondere der Stickstoff-Diät, nach den auf der Strassburger med. Klinik üblichen Regeln.) — 38) Jones, Talbot, Hopeful outlook concerning the treatment of true (grave) or pancreatic Diabetes. New York med. Record. May 23. — 39) Dunlop, J. C., The dietetic value of fat in Diabetes. Edinburgh med. Journ. Nov. — 40) Klemperer, G., Die diätetische Behandlung des Diabetes mellitus. Therapeut. Monatsh. April. (Kurzer Abriss der für Diabetiker geeigneten Diät-Vorschriften, wobei als Hauptzweck der Behandlung das Bestreben betont wird, das Körpergewicht zu erhalten, die Zuckerausscheidung so gering wie möglich zu gestalten und zu verhindern, dass die Stickstoffausscheidung den Nahrungs-Stickstoff übertrifft. Für die schweren Fälle wird von theoretischem Standpunkt aus eine durchschnittliche tägliche Zufuhr von 120 g Eiweiss, 150—200 g Fett und 100 g Kohlehydrate verlangt.) — 41) Richardière, H., Régime alimentaire des Diabétiques. Union méd. No. 25. (Kurze Darstellung der zur Durchführung der Kohlehydrat-Entziehung bei dem Diabetiker nöthigen Diät-Vorschriften.) — 42) West, S., Further contribution on the treatment of Diabetes mellitus by Uranium nitrate. Brit. med. Journ. Septbr. 19. — 43) Burton, A. (Under care of Bradbury), Case of Diabetes mellitus treated by Uranium nitrate. Brit. med. Journ. Septbr. 26. (Diabetes, welcher 5 Monate lang mit salpetersaurem Uran [s. vorige Mittheil.], in steigenden Dosen von 1 bis 15 g 3 mal tägl., unter günstigem Erfolg behandelt wurde: Abnahme der Urinmenge und der Zuckerausscheidung, Zunahme des Körpergewichtes und Besserung des Allgemeinbefindens.) — 44) Grube, K., Weitere Beobachtungen über Kalkbehandlung bei Diabetes mellitus nebst Bemerkungen über Acetonurie. Therapeut. Monatsh. Mai. — 45) Seichter, R., Ueber den Einfluss der Massage auf die Zuckerausscheidung bei Diabetes mellitus. Inaug.-Diss. Halle. 28 Ss. (Betonung des Werthes, den die active Muskelthätigkeit bei dem Diabetiker für die Verringerung der Zuckerausscheidung besitzt. Dem gegenüber wurde in 2 Fällen durch die zu gleichem Zweck besonders von Finkler empfohlene allgemeine Massage bei wiederholter mehrtägiger Anwendung, neben gemischter Diät, keine Aenderung der Zuckerausscheidung erreicht.) — 46) Robertson, A., Case of Diabetes insipidus from disease of the fourth ventricle: treatment

by electrisation of the medulla oblongata: recovery. Brit. med. Journ. Octbr. 10. (Bei dem betreffenden Fall wiesen ausser der Polyurie bestimmte Symptome, namentlich eine partielle Lähmung der rechten Gesichtshälfte und der linken Extremitäten, vorübergehende Articulationsstörung etc., auf eine Erkrankung in der Gegend des IV. Ventrikels hin. Unter Galvanisirung der Medulla oblongata gingen sowohl die Polyurie wie die übrigen Erscheinungen, mit Ausnahme der Facial-Parese, wiederholt zurück, um sich nach Aussetzen der Behandlung wieder zu verschlimmern. Zur richtigen Application des Stromes auf die Med. oblong. wird vorgeschrieben, den positiven Pol mit breiter Electrode an das Hinterhaupt anzulegen und die negative, passend isolirte Electrode am Boden des Nasenganges bis zur Berührung mit der Halswirbelsäule einzuführen.)

In Fortsetzung eines früheren Artikels (s. Jahresbericht f. 1893. Bd. II. S. 66) führt Hirschfeld (4) von Neuem aus, dass die Acetonurie nicht, wie man annimmt, die Folge eines gesteigerten Eiweisszerfalles, sondern mit dem Kohlehydrat-Stoffwechsel zusammenängend und für Diabetes characteristisch sei. Er veranschaulicht dies (wie im 1. Artikel an Gesunden) hier durch Besprechung einer Reihe von 26 Diabetes-Fällen, die er in Gruppen eintheilt: Leichtere Formen mit und ohne Complicationen, schwerere Formen mit und ohne Tuberculose, sowie einige Fälle des von ihm unterschiedenen Diabetes mit unzureichender Resorption von Eiweissstoffen und Fetten (s. Jahresbricht f. 1890. Bd. II. S. 345 und 1891. Bd. II. S. 272). — Als allgemeines Resultat ergab sich, dass die Acetonurie im Ganzen der Glycosurie parallel geht. Ferner verhält sich bei den leichten Diabetes-Fällen die Aceton-Ausscheidung wie bei dem Gesunden: bei genügender Kohlehydrat-Zufuhr (mindestens 60—100 g) werden täglich 0,01—0,04 Aceton ausgeschieden; bei Entziehung der Kohlehydrate steigt diese Menge rasch (auf das Zehnfache), um bei erneuter Einführung derselben wieder rasch abzusinken. Bei den schwereren bis schwersten Formen der Krankheit dagegen steht die Menge des auch bei Kohlehydratzufuhr ausgeschiedenen Aceton höher (0,05 bis 0,2 und mehr); das Ansteigen bei Kohlehydrat-Entziehung erfolgt auch hier rasch, das Absinken nach Hinzufügung von Kohlehydraten aber nur langsam (eventuell erst nach Monaten). — Complicationen mit fieberhaften oder fieberlosen schweren Erkrankungen (Tuberculose, Herzfehler, Magenleiden, Nephritis etc.) ändern die Verhältnisse bei den verschiedenen Krankheitsformen nicht. — H. nimmt daher nur bei den schweren Fällen eine „pathologische" Acetonurie an und will bei dem Diabetes neben der Glycosurie (und etwaiger Resorptions-Verminderung) die Acetonurie als characteristische Stoffwechselstörung beobachtet sehen.

In Bezug auf die alimentäre Glycosurie betont Strümpell (5) die individuellen Schwankungen, sowie ihre Abhängigkeit von der Raschheit der Zucker-Resorption: so zeigte eine Person, welche nach 150 g nüchtern gereichten Traubenzuckers Zucker ausschied, keine Glycosurie, wenn dieselbe Menge in 3 Portionen innerhalb einer Stunde genommen wurde. Eine Reihe von Versuchen, die St. über die Zersetzungskraft des Körpers für Zucker bei Krankheiten anstellte, bezog sich besonders auf Allgemeinzustände, die mit dem Zustandekommen von Diabetes in Beziehung gebracht werden könnten. Dabei fand er negatives Ergebniss, d. h. Ausbleiben der Glycosurie (bei Gaben von 150 g Glycose) z. B. bei marantischen und anämischen Kranken, bei 2 Fällen von Gicht und 3 Fällen schwerer progressiver Muskelatrophie. Die Befunde bei Fällen mit allgemeiner Arteriosclerose blieben bisher zweifelhaft. Dagegen zeigten sich auffallende Beispiele alimentärer Glycosurie bei nervösen und neurasthenischen Zuständen (meist „traumatischen Neurosen"). Die auffallendsten positiven Resultate ergaben sich aber bei habituellen starken Biertrinkern, wofür 5 Beispiele angeführt werden, in denen schon die Zufuhr von 100, unter Umständen auch 50 g Traubenzucker zur vorübergehenden Glycosurie führte. Die Ursache letzterer wird hierbei (ausser in angeborener Disposition) in dem Gehalt des Bieres theils an Alcohol, theils an gelösten Kohlehydraten gesehen.

In einigen angeknüpften Bemerkungen über die Aetiologie des Diabetes hebt St. hervor, dass eine Reihe von Fällen rein „endogenen" Ursprunges zu sein scheint. Hierzu gehören namentlich gewisse bei jugendlichen Personen auftretende und schnell verlaufende schwere Formen und solche, die sich mit anderen endogenen Krankheiten (Muskelatrophie, Acromegalie) combiniren. Daneben ist aber stets an „exogene" Krankheitsursachen bei dem Diabetes zu denken; und zu diesen ist (neben Traumen, geistigen Emotionen etc.) nach Obigem auch an übermässigen Biergenuss zu denken, um so mehr, als andere mit solchem unter Umständen zusammenhängende Krankheiten (Nephritis, alkoholische Polyneuritis, Arthritis) sich nicht selten mit Diabetes verbinden.

Bei 2 schweren Fällen von Diabetes untersuchten Nehring und Schmoll (7) den Einfluss der Kohlehydrate auf den respiratorischen Gaswechsel, wie dies bisher nur von Wenigen, namentlich von Weintraud und Laves (s. Jahresber. f. 1894. Bd. I. S. 163) ausgeführt wurde. Die Versuche wurden mit dem neu modificirten Zuntz-Geppert'schen Apparat angestellt, welcher gestattet, die Bestimmungen zunächst nüchtern, dann nach Einnahme der Kohlehydrate (Traubenzucker, event. auch Milchreis, Weisbrod) in ruhiger Bettlage vorzunehmen. Daneben wurden die nöthigen Urinbestimmungen (Gesammtstickstoff, Zucker) gemacht. Bei dem einen Fall wurden 5, bei dem anderen 2 solche Versuche ausgeführt; die Bestimmungen zeigten genügende Uebereinstimmung unter einander, um Schlüsse zu gestatten. — In Bezug auf die Nüchternwerthe zeigten die Versuche, in Bestätigung verschiedener neuerer Beobachter, annähernd normale Zahlen, welche beweisen, dass der Diabetiker fähig ist, genügende Sauerstoffmengen aufzunehmen. — Vom respiratorischen Quotienten war, falls die nicht durch den Urin ausgeschiedenen Kohlehydrate im Stoffwechsel verwerthet wurden, ein Ansteigen zu erwarten; im Gegentheil sank derselbe aber sofort nach der Kohlehydrat-Einfuhr und hob sich erst nach einigen

Stunden wieder auf den Nüchternwerth. Diesen in Uebereinstimmung mit den Versuchen von Weintraud und Laves stehenden Befund möchten Verff., wie jene, aus einer Aufstapelung von Glycogen erklären, zu dessen Bildung der Diabetiker nach verschiedenen Untersuchungen noch befähigt ist. — Die in allen beweisenden Versuchen sofort nach der Kohlehydrateinfuhr eintretende Zunahme des Sauerstoffverbrauches kann auf vermehrte Verdauungsarbeit zugeführt werden.

Mit Rücksicht auf die Spärlichkeit der nach neuesten Methoden angestellten Untersuchungen des diabetischen Urins auf Harnsäure und verwandte Körper führte Bischofswerder (8) an 7 Fällen von Diabetes eine Reihe solcher Bestimmungen (der Harnsäure nach Ludwig Salkowski, der Alloxurkörper nach Krüger-Wulff) aus. Dieselben ergaben, zum Theil in Uebereinstimmung mit früheren Untersuchungen, dass vom Diabetiker verhältnissmässig grosse Harnsäuremengen ausgeschieden werden, welche jedoch auch der normale Mensch bei gleicher Kost annähernd erreicht. Die Werthe für die ausgeschiedenen Alloxurbasen waren grösstentheils höher, als die in der Norm gewöhnlichen: Alloxurbasen-Stickstoff von 0,084 bis 0,663 und Verhältniss Harnsäure-Stickstoff: Alloxurbasen-Stickstoff von 5,3 bis 0,45 : 1 wechselnd. Doch hält B. es nach unseren bisherigen Kenntnissen nicht für gestattet, aus diesem Verhalten Schlüsse auf das Wesen des Diabetes-Stoffwechsels zu ziehen.

Den Phlorizin-Diabetes bespricht Korte (9) besonders in Bezug auf seiner Beweiskraft für die Zuckerbildung aus Eiweiss. Den wenigen bisher am Menschen angestellten Beobachtungen über die Phlorizin-Wirkung fügte er einige Selbstversuche hinzu, wobei er das Mittel am besten in alcoholischer Lösung vertrug. Er fand die Zuckerausscheidung immer in den ersten Stunden nach dem Einnehmen am grössten, dann abnehmend; sie hörte schon früher als die Phlorizin-Ausscheidung auf. — Vergleichung der Wirkung bei Fleisch- und bei Amylaceen-Nahrung (wobei er 3 mal täglich 5 g oder auf 1 mal 15 g nahm) ergab nun, in Uebereinstimmung mit Versuchen von Moritz und Praussnitz, ein Ueberwiegen der Zuckerausscheidung bei Fleischkost (durchschnittlich 26 g pro die) gegen diejenige bei Kohlehydratnahrung (22,7 g). — Als Quelle des Phlorizin-Diabetes deuten die bisherigen Versuche auf die Nieren hin.

Die schon von verschiedenen Beobachtern gemachte Angabe, dass das Blut des Diabetikers besonders reich an rothen Blutkörperchen und Hämoglobin ist, bestätigt James (10) an 13 Fällen der Krankheit, bei denen die Blutkörperchenzahl 5 mal über 6 Mill., 5 mal 5 Mill., 2 mal 4 und 1 mal 3 Mill., der Hämoglobingehalt 3 mal über 100 pCt., 8 mal 60 pCt. und 2 mal 50 pCt. betrug. Dass aber der Befund, wie angenommen wird, die einfache Folge der Blutconcentration ist, hält er für nicht wahrscheinlich, da das specif. Gewicht des Blutes in denselben Fällen nicht abnorm hoch gefunden wurde, und Bestimmungen, welche bei einigen Kranken vor und nach Einnahme von Speise und Getränk gemacht wurden, keine beweisenden Differenzen gaben. — Er möchte vielmehr in der Blutveränderung eine „Vis medicatrix naturae" sehen, welche den Zweck hat, die Oxydationskraft des Blutes zu erhöhen, und findet diese Theorie durch gewisse Analoga, z. B. die gute Erhaltung der Digestionskraft bei dem Diabetiker, gestützt.

Eine einfache Methode, diabetisches Blut in kleiner Menge (einem aus dem Finger entleerten Tropfen) von nicht diabetischem zu unterscheiden, giebt Williamson (11) an. Dieselbe beruht darauf, dass eine alkalisch gemachte, verdünnte Methylenblau-Lösung (1:6000) von einer kleinen Portion diabetischen Blutes bei Erhitzen entfärbt wird, während, wie W. durch vielfache Versuche nachwies, die Entfärbung bei Zusatz einer gleichen Menge von anderem Blut (sowohl Gesunder wie sehr verschiedener Kranker) nicht stattfindet. — W. nimmt an, dass diese Eigenschaft des diabetischen Blutes auf seinem gesteigerten Zuckergehalt beruht; dies wird dadurch bestätigt, dass bei Zusatz einer bedeutend grösseren Menge normalen Blutes die Entfärbung ebenfalls eintritt. — Bei einem Fall von Diabetes, in welchem unter der Einwirkung fortschreitender Phthise der Zuckergehalt des Urins so gering wurde, dass die Trommer'sche Probe nicht mehr gelang, blieb auffallender Weise die Methylenblau-Reaction bestehen.

Mehrere Mittheilungen behandeln das gleichzeitige Auftreten des Diabetes bei Eheleuten:

So giebt Evans (16) Notizen über 2 derartige Ehepaare: 1. Herr C., zu 46 Jahren verheirathet; Entwicklung des Diabetes zu 50 Jahren, Tod an Bronchopneumonie zu 60 Jahren und Frau C., zu 40 Jahren verheirathet; Entwicklung des Diabetes zu 48 Jahren, Tod unter Lungenödem zu 62 J. — 2. Herr W., zu 30 J. verheirathet; Diab. zu 60 Jahren entwickelt; Tod im diabet. Coma zu 68 Jahren und Frau W., zu 28 Jahren verheirathet; Diab. zu 65 Jahren entwickelt, Tod im diabet. Coma zu 75 Jahren. — Sämmtliche 4 Personen waren corpulent: keine Verwandtschaft unter ihnen, auch keine hereditäre Anlage; nur der eine führte ein luxuriöses Leben.

Oppler und Külz (17) haben die bisherigen über Ehegatten-Diabetes gemachten Literatur-Angaben gesammelt und auf diese Weise 67 diabetische Ehepaare ausfindig gemacht. Dem fügen sie Notizen über 10 derartige Doppelfälle hinzu, welche dem Material von K. (900 Diabetiker) entnommen sind. Das numerische Verhältniss dieser Fälle zu den Diabetikern überhaupt lässt sich aus einer Zusammenstellung der hierzu brauchbaren Angaben als 47 Ehepaare unter 4389 Diabetes-Fällen = 1,08 pCt. bestimmen. — Indem die Verfasser betonen, dass bei allen diesen Fällen an Contagiosität nur dann zu denken sein kann, wenn Erblichkeit und sonstige Pädisposition bei dem zuletzt befallenen Theil auszuschliessen ist, finden sie bei den 10 Beobachtungen mit Ausnahme der einen derartige Prädisposition ausgesprochen. — So schrumpft nach ihrer Ansicht die Zahl der „reinen" Fälle derart zusammen, dass bei diesen vorläufig dem Zufall, vielleicht auch der Gleichheit der Lebensweise die Ursache der Doppelerkrankung zugeschrieben werden kann.

Ebenso urtheilt Senator (18) über das Vorkommen des Diabetes bei Eheleuten und die Uebertragbarkeit der Krankheit. Unter 770 Diabetes-Fällen beobachtete er 9 Ehepaare (= 1,19 pCt.) über welche er Notizen giebt. Bei 7 von denselben ist die Annahme einer Ansteckung theils wegen hereditärer Anlage des später erkrankten Gatten, theils wegen zu langen Zwischenraumes zwischen beiden Erkrankungen auszuschliessen. Auch S. hält es daher für am nächsten liegend, entweder den Zufall oder die Einwirkung gleicher ursächlicher Verhältnisse den Doppelerkrankungen zu Grunde zu legen.

In Bezug auf den von ihm aufgestellten sog. „broncirten Diabetes" (vergl. z. B. Jahresber. für 1895. Bd. II. S. 44) giebt Hanot (19) seine Ansicht kurz dahin ab, dass er denselben, in Uebereinstimmung mit Marie, für eine klinisch und pathologisch wohl abgegrenzte, neue Krankheit hält. Er giebt Notizen über 2 neue im Beginn befindliche, aber schon Zuckerausscheidung zeigende Fälle; bei dem einen derselben, einen Alkoholiker betreffend, war die Leber vergrössert, bei dem anderen normal gross. Als characteristische Erscheinungen der Krankheit werden wie früher angeführt: die allgemeinen Zeichen des Diabetes mit starker Zuckerausscheidung; ungleichmässig vertheilte Melanodermie; die allgemeinen Symptome der hypertrophischen Cirrhose mit Vergrösserung der Leber und Milz, leichtem Ascites etc.; häufig plötzlicher Anfang, schneller Verlauf mit Abmagerung, Kräftecollaps, tödtlichem Coma, Gangrän etc.

Nach Hervorhebung der Inconstanz der bei Diabetes bisher gemachten Rückenmarksbefunde theilt Kalmus (21) 2 uncomplicirte schwere Diabetesfälle mit, bei denen, während kein Symptom, ausser der einseitigen Aufhebung des Patellarreflexes in dem einen Fall, auf spinale Betheiligung hinwies, die Section stärkere Erkrankung des Rückenmarkes ergab. Und zwar fand sich bei beiden eine besonders die Goll'schen Stränge einnehmende sclerotische Degeneration der Hinterstränge. In dem einen Fall war dieselbe am stärksten in der Halsanschwellung, demnächst in der Lendenanschwellung, in dem anderen am stärksten im mittleren Dorsalmark ausgesprochen; in geringerer und unregelmässiger Weise waren in beiden Fällen die Burdach'schen Stränge befallen. Auch bestand in einem Fall Asymmetrie der Erkrankung im Dorsalmark, sowie Ausbreitung derselben auf die Peripherie der Seitenstränge. — Schon diese Ausbreitung spricht gegen die Auffassung der Erkrankung als Tabes; ebenso das histologisch constatirte Fehlen von Gefässerkrankung und von stärkeren Piaverdickungen, auch von Corpora amylacea. — Vielmehr führt K. die Rückenmarksaffection auf die Einwirkung diabetischer Toxine zurück, und er stellt sie in Analogie mit den neuerdings bei perniciöser Anämie, Pellagra etc. gefundenen Rückenmarksveränderungen.

Bei einem Diabetesfall, in dessen Verlauf eine bis zum Tod zunehmende Schmerzhaftigkeit der Unterschenkel eintrat und an den Augen Amblyopie nebst centralen Scotomen bestand, untersuchten Fraser und Bruce (23) microscopisch einige Nerven (Opticus und N. tibial. postic.) und Muskelstücke (M. tibial. postic.). An den Nerven fanden sie in wechselnder Stärke die Zeichen einer „parenchymatösen Neuritis". Dieselbe nahm am Opticus besonders einen central gelegenen Theil des Querschnittes ein. Am Nerv. tibial. postic. beschränkte sich die Veränderung vorzugsweise auf die Markscheide, während die Axencylinder erhalten, allerdings vielfach varicös und in anderer Weise alterirt waren, so dass die Affection einigermassen der von Gombault beschriebenen „Neurite segmentaire periaxile" (s. Jahresber. f. 1881. Bd. II. S. 309) ähnlich war, jedenfalls von anderen Formen der Neuritis, namentlich der alcoholischen, sich beträchtlich unterschied. Die interstitielle Bindegewebswucherung war unbedeutend, am Opticus stärker als am Tibialis ausgesprochen. — Der Musc. tibial. postic. zeigte eine fleckweise verbreitete Degeneration, bei der die Querstreifung verschwunden war und Reihen feiner Fettkörnchen sich zwischen den Muskelfibrillen angesammelt hatten.

Den Fall einer den Diabetes complicirenden fibrinösen Pneumonie beschreibt Bussenius (24), mit besonderer Hinsicht auf den klinischen Verlauf, bei einer 50jährigen Frau. Die Pneumonie (zunächst des rechten Mittel- und Unterlappens, zuletzt auch auf den linken Unterlappen übergehend) begann mit Schüttelfrost; am 7. Tag trat Temperaturabfall, am 8. Tag wieder Ansteigen des Fiebers, am 12. Tag kritischer Abfall auf 37.1°, trotzdem aber am 13. Tag der Tod im Collaps ein. Am 7. Tag erschien ein umfangreicher Herpes facialis, aus dessen Bläschen Staphylococc. pyogen. aureus und Pneumoniecoccen gezüchtet wurden. — Abweichend von vielfachen anderen Erfahrungen verschwand hier während des Pneumoniefiebers der Zucker nicht aus dem Urin, wurde vielmehr in recht beträchtlichen Mengen ausgeschieden. Bei genauerem Vergleich fand sich ferner, dass die täglichen Schwankungen im Zuckerprocentgehalt des Urins sich fast umgekehrt proportional dem Steigen und Fallen der Fiebercurve verhielten. — Im pneumonischen Sputum wurde unter den nöthigen Cautelen $^1/_4$ pCt. Zucker nachgewiesen. In sonstigem (tuberculösem und pneumonischem) Sputum fand sich derselbe garnicht oder in geringerer Menge ($^1/_{10}$ pCt.), und in letzterem Fall konnte der geringe Zuckergehalt von der Mundverdauungsflüssigkeit und Speiseresten abgeleitet werden, da er nach genügender Reinigung des Mundes fortblieb. — Dass die Pneumonie bei Diabetes eine sehr ungünstige Prognose giebt, belegt B. durch einige statistische Zahlen (aus Senator's Erfahrungen), wonach unter beinahe 700 Diabetikern 7 Pleuropneumonieen mit 4 Todesfällen, 1 tödtliche doppelseitige Bronchopneumonie und 5 Influenza-Pneumonieen mit 3 Todesfällen vorkamen.

In kurzen Bemerkungen über den diabetischen Brand betont König (26) die Anschauung, dass die Neigung der diabetischen Entzündungen, sich mit Gewebsnecrose zu combiniren, auf verbreiteten Gefässveränderungen beruht, dass also der diabetische Brand

wesentlich auf dem Boden der Arteriosclerose entsteht. In 9 Fällen der Krankheit wurden schwere Veränderungen der kleinen Arterien nachgewiesen. — Für die Behandlung hebt er im Anschluss an die schon von Roser gegebenen Vorschriften als wichtigste Indicationen hervor, dass bei Diabetikern die Entzündungen mit antidiabetischer Diät behandelt, und die brandigen Entzündungen zu möglichst aseptischen Zerstörungen umgewandelt werden sollen. Demgemäss ist der reine Brand trocken zu machen resp. zu erhalten, und alle feuchten (auch die desinficirenden) Verbände zu vermeiden. — Für die Amputation ist der trockene, aseptische Zustand des Brandes erwünscht. Aber auch wo dies nicht zu erreichen, ist bei Zunahme der Phlegmone und des Fiebers, bei mangelnder Abnahme der Zuckerausscheidung, eventuell drohendem Coma etc. die aseptische Amputation indicirt und kann, wie K. an einigen Beispielen veranschaulicht, zur Heilung führen.

Nach Hervorhebung der Geringfügigkeit der bisherigen Erfahrungen über die Beziehungen zwischen Diabetes und Lebercirrhose berichtet Pusinelli (27) über einen einschlägigen Fall. Derselbe betraf einen 48jähr. Herrn; derselbe hatte vor 6 Jahren einen vorübergehenden Icterus durchgemacht; vor 5 Jahren waren diabetische Symptome aufgetreten und der Urin seitdem meist zuckerhaltig geblieben. Nach einem starken Schreck trat schnell zunehmender Ascites nebst schmutzig gelbem Icterus ein; Leber und Milz wurden als beträchtlich vergrössert constatirt. Gleichzeitig verschwand auffallender Weise der Zucker ganz aus dem Urin. Mehrere Punctionen des Ascites wurden nöthig; nach der letzten, die von längerem Aussickern des Transsudates gefolgt war, verlor sich der Ascites, was vielleicht durch die Anwendung des Cremor tartari (vgl. Sasaki, Jahresber. für 1892. Bd. II. S. 195) unterstützt wurde. Bald darauf kehrte auch die Zuckerausscheidung zurück; der Icterus verlor sich langsam. Es folgte ein $2^1/_2$ jähr. Stadium des Wohlbefindens, dann tödtliche Verschlimmerung mit Albuminurie und Oedemen. — P. fasst die Leberaffection als die Primärerkrankung auf, zu welcher der Diabetes trat. Den Zweifeln über die Art der Lebererkrankung machte die Section ein Ende, welche in der (nur wenig verkleinerten) Leber Cirrhose mit gleichmässig vertheilter Schrumpfung ergab. In wie weit die Beobachtung sich den Fällen von „Diabète bronzé" (s. Hanot u. Schachmann, Jahresb. f. 1886. Bd. II. S. 285) anschliesst, welche auf ähnlicher Complication von Cirrhose und Diabetes beruhen, aber eine hier fehlende allgemeine Broncefärbung zeigen, lässt er offen.

Gumpertz (28) giebt eine kurze Zusammenstellung der Literaturmittheilungen, welche die Annahme eines neurotischen Ursprunges des Diabetes und der Glycosurie stützen können (Herderkrankungen des Central-Nervensystems, psychische Emotionen, Neurosen, Geisteskrankheiten etc. als Ursache des Diabetes; Neuralgien, Lähmungen, Psychosen etc. als Symptome desselben) und betont besonders die Beziehungen zwischen Diabetes und Hysterie. Nach den bisherigen Erfahrungen (vergl. z. B. Grénier, Jahresber. für 1888. Bd. II. S. 360) können die hysterischen Symptome schon vorher bestanden haben und werden dann durch den hinzukommenden Diabetes verstärkt; meist werden sie erst durch letzteren hervorgerufen. G. fügt einen Fall von Coincidenz paroxysmaler Hysterie mit schwerem Diabetes hinzu, einen 67jähr. Mann betreffend, der, ohne besonders belastet zu sein, in Folge eines langwierigen, schmerzhaften Analleidens mit epileptiformen Krampfanfällen erkrankte. Die Krampfanfälle erwiesen sich durch Ungestörtbleiben des Bewusstseins, begleitende Weinkrämpfe, Sprachlosigkeit, vorübergehende spastische Lähmungen, Amblyopie, Gesichtsfeldeinschränkung, das Bestehen hyperästhetischer Zonen etc. als hysterischer Natur. Hierzu traten 7—8 Jahre nach Beginn der Anfälle in Folge von Krankheit und psychischer Verstimmung die Symptome des Diabetes, der somit als neurogen aufgefasst wird.

Sheppard (29) theilt 2 Fälle von Diabetikern mit, bei welchen eine acute Ohrenentzündung mit Mastoiditis, das eine Mal in Folge von Aufschnüffeln einer Salzlösung in die Nase, das andere Mal nach Influenza auftrat und zur Eröffnung des Warzenfortsatzes zwang. Der Verlauf war in dem einen Fall günstig; in dem anderen trat eiterige Meningitis mit tödtlichem Ausgang hinzu; doch blieb es zweifelhaft, ob dieselbe Folge des Ohrenleidens oder aber eines complicirenden Erysipelas faciei war. — Sh. hält in solchen Fällen die Operation durch den Diabetes durchaus nicht für contraindicirt. — Dass der Diabetes besondere Disposition zu Erkrankungen des Warzenfortsatzes bedingt, kann er nicht zugeben, da er unter 175 Affectionen des letzteren nur diese 2 bei Diabetes auftreten sah.

Für die Auffindung einer aussichtsvollen Behandlung des Diabetes sieht Jones (38) die Thatsache, dass der „magere" Diabetes zu einem grossen Theil auf Degeneration des Pancreas beruht, und die viel versprechenden neuen Versuche, durch künstlich aus Malz (Lépine) oder Pancreas (Torup, Battistini) hergestellte Fermente auf die Zuckerausscheidung einzuwirken, als die wichtigsten Grundlagen an. Indem er die neueren diese Punkte betreffenden Angaben näher berücksichtigt, schliesst er, dass bei den geeigneten Diabetes-Fällen am meisten von der Einführung von Pancreas resp. Pancreas-Extract in einer Form, welche sowohl die Einwirkung des Magens wie die Pfortader-Blutbahn vermeidet, zu erwarten ist. Zu solchem Zweck wären die Methoden einer rectalen oder subcutanen Injection von Pancreas-Extract, sowie Pancreas-Implantation brauchbar. J. glaubt, dass man hoffen kann, auf diesem Wege eine Heilung von Diabetes-Fällen, welche der Heilung des Myxödem durch die Schilddrüsen-Behandlung analog ist, zu erreichen.

Zur Prüfung der Frage, ob bei dem Diabetes Fett dieselbe Eiweiss-sparende Wirkung wie in der Norm zeigt (wie von Weintraud und v. Mering angegeben ist), stellte Dunlop (39) bei einem Fall von schwerem Diabetes einen Versuch an, der Negatives

ergab. Während reiner Milchdiät wurde 2 mal je drei Tage lang Olivenöl (170 ccm täglich) eingeführt und dabei Gesammtstickstoff und Ammoniak im Urin bestimmt. Das Oel vermehrte ein wenig die Harnmenge; der Gesammtstickstoff zeigte keine Verminderung, sondern im Gegentheil eine leichte Steigerung; die Ammoniak-Ausscheidung, die überhaupt nur gering war, erfuhr eine schwache Abnahme. Die Zuckerausscheidung blieb unbeeinflusst.

In Fortsetzung der früher mitgetheilten Versuche mit Verwendung des Uran-Nitrates in der Behandlung des Diabetes (s. Jahresber. f. 1895. Bd. II. S. 47) bestätigt West (42) die günstige Einwirkung des Mittels. Dasselbe pflegt, wenn auch nicht gleichmässig bei allen Fällen, sowohl den Durst, wie die Menge und den Zuckergehalt des Urins zu verringern. Zum Belag führt er 5 neue Fälle an, von denen 4 die günstige Wirkung der Behandlung zeigen, während dieselbe bei dem 5. ohne merklichen Einfluss blieb.

Grube (44) hat seine Versuche mit Anwendung von kohlensaurem und phosphorsaurem Kalk bei Diabetes mellitus (s. Jahresber. f. 1895. Bd. II. S. 47) an 14 Fällen, von denen 3 der schweren und 11 der leichten Form angehörten, fortgesetzt. Bei letzteren sah er keinerlei Einfluss; dagegen trat bei den 3 schweren Fällen wie früher auffallende Besserung des Allgemeinzustandes mit beträchtlicher Gewichtszunahme ein, während die starke Zuckerausscheidung und Acetonurie fortdauerten. — Für die Acetonurie spricht nach G. dies Zusammengehen mit Gewichtszunahme dagegen, dass sie in solchen Fällen von einem Zugrundegehen von Körpereiweiss abhängt.

IV. Acuter und chronischer Rheumatismus. Gicht. Harnsaure Diathese. Arthritis deformans.

1) Maclagan, T. J., Rheumatism, its nature, its pathology etc. 2. edit. London. — 2) Cheadle, W. B., Acute Rheumatism. Brit. medic. Journ. Januar 11. (Besprechung der Symptome und der Aetiologie des acuten Rheumatismus. Betont neben den Gelenkaffectionen eine Reihe von Complicationen als characteristisch, namentlich Endocarditis, Pericarditis, Tonsillitis, Erythem und Purpura, Chorea, subcutane fibröse Knötchenbildung etc. — Von ätiologischen Momenten werden besonders Erkältung, körperliche Anstrengung und erbliche Anlage hervorgehoben. — Zur Erklärung des Wesens der Krankheit wird die neuropathische Theorie sowie die Annahme einer Toxämie für nicht ausreichend erklärt, wogegen das Bestehen einer bacteriellen Infection durch die klinischen Verhältnisse in vielen Beziehungen wahrscheinlich gemacht wird, aber bei dem bisherigen Fehlen des Nachweises specifischer Microorganismen sowie gegenseitiger Uebertragung noch zweifelhaft bleibt. — Bei der in der Brit. Medic. Association sich anschliessenden Discussion wird von vielen Seiten auf die Wahrscheinlichkeit einer bacteriellen Krankheitsursache, von Haig wie früher auf die Harnsäure als Grundlage des acuten Gelenkrheumatismus hingewiesen.) — 3) Sahli, Zur Aetiologie des acuten Gelenkrheumatismus. Deutsch. Archiv f. klin. Med. Bd. 51. S. 451. — 4) Groedel, Ueber acuten Gelenkrheumatismus im Anschluss an Angina. Deutsche med. Wochenschr. No. 17. — 5) Wade, Sir Willoughby, Remarks on tonsillitis as a factor in rheumatic fever. Brit. medic. Journ. April 4. (Die Häufigkeit, mit welcher eine Tonsillitis von infectiösem Character sich mit acutem Gelenkrheumatismus verbindet, indem sie demselben theils vorangeht, theils ihn in verschiedener Form complicirt, wird betont und hierdurch, zusammengenommen mit einer Reihe anderer klinischer Momente, die Wahrscheinlichkeit einer bacteriellen Grundlage des Gelenkrheumatismus gestützt.) — 6) Leredde, Essai sur les arthrites infectieuses en général et sur la polyarthrite rhumatismale vulgaire en particulier. Archiv génér. de Médec. Aout. — 7) Stekel, W., Bemerkungen zur Aetiologie, Prophylaxe und Therapie des acuten Gelenkrheumatismus. Wien. med. Wochenschr. No. 3. (Betont die infectiöse Natur des acuten Gelenkrheumatismus, dabei aber die Mannigfaltigkeit der möglichen Krankheitserreger. Der Gelenkrheumatismus ist daher keine einheitliche, keine specifische Infectionskrankheit. In allen Fällen der Krankheit will St. eine vorhergegangene Infection, in $^2/_3$ der Fälle eine Angina haben nachweisen können. Welche Gelenke ergriffen werden, hängt theils von Innervationsstörungen, theils von localen Circulationsstörungen [oft durch Erkältung bedingt) ab. — Die Wirkung der Salicylsäure wird von ihrer Fähigkeit, Microorganismen in der Entwicklung zu hindern, abgeleitet. Im Uebrigen wird zur Verhütung und Abkürzung der Krankheit. namentlich der von Angina eingeleiteten Formen, besonders Citronensäure [innerlich und als Gurgelung] und Hydrotherapie empfohlen.) — 8) Caton, R., The arrest of rheumatic endocarditis. Brit. med. Journ. Januar 25. (Auf den experimentellen Nachweis hin, dass Reizung der Intercostalnerven Veränderungen an den Blutgefässen etc. im Thorax und Abdomen hervorruft, wendete C. bei dem acuten Gelenkrheumatismus, sobald ein Geräusch an dem Herzen erschien, eine modificirte Davies'sche Methode an: Application kleiner Vesicatore nacheinander im Verlauf des 3. bis 6. Intercostalnerven; daneben lange Bettruhe und Jodkalium oder Aehnl. Damit will er günstige Erfolge in Bezug auf die Coupirung der Endocarditis gehabt haben: unter 40 Fällen acuter rheumatischer Endocarditis wurden 7 mit einem anscheinend bleibenden Geräusch, 3 mit zweifelhaftem Befund und 29 ohne Geräusch entlassen.) — 9) Richardière, H., Considérations générales sur les symptomes et les causes de l'Arthritisme. Union médic. No. 18. (Kurze Auslassung über das allgemeine Bild des „Arthritismus“; besonders wird die ihn kennzeichnende Neigung zu Congestionen hervorgehoben, die sich im kindlichen und jugendlichen Alter mit Vorliebe an Haut und Schleimhäuten, später mehr an den inneren Organen und als allgemeine Plethora zeigt. Der Arthritismus kann ererbt oder erworben sein; in letzterem Fall hängt er oft mit Ueberernährung und Mangel an Körperbewegung zusammen.) — 10) Bishop, Louis Faugères, The theory and treatment of Rheumatism. New York med. Record. Februar. 1. p. 150. (Bekanntes über Aetiologie, Varietäten, Complicationen und Behandlung des Rheumatismus. In Bezug auf die Erklärungsversuche seines Wesens wird die Annahme, dass dem Rheumatismus, wie der Gicht, ein Ueberschuss an Harnsäure zu Grunde läge [Haig], zurückgewiesen, dagegen die Wichtigkeit einer Milchsäureanhäufung betont. Daneben wird aber auf die Wahrscheinlichkeit, dass der Rheumatismus eine infectiöse Krankheit ist, hingewiesen; doch wird im Hinblick auf das Fehlen specifischer Bacterien, die Seltenheit von Gelenkeiterung, das Fehlen einer Uebertragbarkeit etc. nicht eine bacterielle, sondern eine chemische oder wenigstens „miasmatische“ Grundlage in Betracht gezogen, wobei an Analoga der Malaria-Plasmodien gedacht wird. — Für die Behandlung des acuten Gelenkrheumatismus werden Salicylsäure und Alkalien nebeneinander betont.) — 11) Discussion über vorstehende Mittheilung in der New-York Acad. of Medicine. Ibidem. p. 169. (Die in-

fectiöse Natur des acuten Gelenkrheumatismus wird von mehreren Seiten gestützt, dabei auch u. And. die Häufigkeit seines epidemischen Auftretens betont.) — 12) Carrieu, Manifestation broncho-pulmonaire primitive du Rheumatisme. Montpellier médic. No. 50. (Klinische Vorlesung über einen Fall von Rheumatismus, der dadurch ausgezeichnet war, dass er mit den Zeichen einer diffusen broncho-pulmonalen Congestion einsetzte, während sonst derartige Complicationen erst auf der Höhe der Krankheit oder bei ihrer Abnahme einzutreten pflegen. Der Beginn der Erkrankung zeigte sich in einer ohne nachweisbare Ursache eintretenden, über 40° steigenden Temperaturerhöhung, Cyanose, Orthopnoe, Delirien, dabei über beide Lungen gleichmässig verbreitetem kleinblasigem und zischendem Rasseln. Am 2. Tag trat Besserung dieser Symptome, dafür Anschwellung mehrerer grösserer Gelenke auf; unter Behandlung anfangs mit Excitantien, dann mit Salicylsäure gingen alle Erscheinungen in einigen Tagen zurück. — Später erfolgte eine Verschlimmerung mit neuer Lungencongestion, Endocarditis, Pericarditis und Pleuritis, deren Besserung nur langsam von Statten ging.) — 13) Widal, F., Arthrite metatarso-phalangienne à pneumocoques et péricardite purulente de même nature. Dépôt préalable d'urate de soude dans la jointure. Gaz. hebdomad. No. 9. (Ein Mann mit alter Bleiintoxication erkrankt mit Entzündung des einen Metatarso-Phalangeal-Gelenks, die den Eindruck einer gichtischen macht; dazu kommen pericarditische Zeichen. Die Section ergiebt ein grosses eiteriges Pericardial-Exsudat, in dem Pneumococcen in Reincultur gefunden werden. Dieselben Pneumococcen fanden sich auch in dem Zehengelenk; daneben aber unter den oberflächlichen Schichten des Gelenkknorpels eine reichliche Ansammlung von Urat-Crystallen, welche offenbar der Pneumococcen-Infection vorausgegangen war.) — 14) Weiss, E., Beobachtungen aus dem Bereich des chronischen Gelenkrheumatismus. Wiener Klinik. No. 3. Wien. — 15) Weiss, J., Die Wirkung von Seruminjectionen auf den Gelenkrheumatismus. Centralbl. f. Inn. Med. No. 17. — 16) Lannois, M. et G. Linossier, Traitement du Rhumatisme par les applications locales du Salicylate de Méthyle. Lyon. médic. No. 38. — 17) Sibley, W. Knowsley, Local hot-air treatment in Rheumatisme and allied affections (Tallerman-Sheffield). Lancet. August. 29.

---

18) Boyd, M. A., Defective metabolism in its relation to Gout. Dublin Journ. June. (Dasselbe abgekürzt in Lancet. August. 8.) — 19) Untersuchungen über Gicht und harnsaure Nierensteine. Herausgeg. v. G. Klemperer. Berlin. — 20) Schmoll, E., Stoffwechselversuch an einem Gichtkranken. Zeitschr. für klin. Medic. Bd. 29. S. 510. — 21) Rommel, O., Die Ausscheidung der Alloxurkörper bei Gicht und Schrumpfniere. Ebendas. Bd. 30. S. 200. — 22) Kolisch, R., Ueber Wesen und Behandlung der uratischen Diathese. Stuttgart. — 23) Haig, The uric acid diathesis. Brit. med. Journ. Novemb. 28. (Kurzes Excerpt eines Vortrages, in welchem Haig die „Harnsäure-Diathese" nicht auf vermehrte Bildung von Harnsäure, sondern auf einfache Aufnahme derselben aus der Nahrung zurückführen will. Dies soll dadurch bewiesen werden, dass alle Zeichen der harnsauren Diathese verschwinden, so lange der Nahrung Harnsäure und verwandte Körper entzogen werden; dasselbe wird durch Curven veranschaulicht, welche den Einfluss der Harnsäure-Einführung und Harnsäure-Entziehung auf die Harnsäure-Ausscheidung registriren. H. meint, dass, wenn die Giftigkeit der Harnsäure und der Xanthinkörper genügend berücksichtigt wird, die sogenannte harnsaure Diathese bald zur Mythe gehören wird. — Eine sich anschliessende Discussion [Londoner Medic. Society] enthält verschiedentliche Einwände gegen diese Anschauung.) — 24) Derselbe, Uric acid as a factor in the causation of disease etc. 3. edit. London. — 25) Van Pelt, G. W., A study of Haig's uric acid theory. Boston med. and surg. Journ. No. 6. — 26) Hills, Fr. L., Some experiments upon the relation of uric acid to disease. Boston Journ. No. 12 u. 13. — 27) Lange, C., Periodische Depressionszustände und ihre Pathogenesis auf dem Boden der harnsauren Diathese. Hamburg. — 28) Bohland, K., Ueber den Einfluss des salicylsauren Natrons auf die Bildung und Ausscheidung der Harnsäure. Centralbl. f. Inn. Med. No. 3. — 29) Pfeiffer, E., Ueber die Ausscheidungen im Urine während des acuten Gichtanfalles, mit besonderer Berücksichtigung der Harnsäure. Berl. klin. Wochschr. No. 15. — 30) Magnus-Levy, A., Beiträge zum Stoffwechsel der Gicht. Ebendas. No. 18 u. 19. — 31) Haupt, E., Wie beeinflussen organische Basen die Reaction des Urins und seine Lösungsfähigkeit für Harnsäure? Inaug.-Diss. Berlin. 30 Ss. — 32) Mordhorst, C., Ueber die Bedingungen für die Entstehung harnsaurer Sedimente. Münch. medic. Wochenschr. No. 11. (In Anknüpfung an eine Mittheilung von Ritter über das gleiche Thema (s. Jahresber. f. 1895. Bd. II. S. 49) längere Betrachtung über die Löslichkeits-Verhältnisse der Harnsäure resp. ihrer Salze im Urin. Für das Ausfallen der Harnsäure aus dem Harn werden als hauptsächliche Factoren betont: die Aciditätshöhe und der Harnsäuregehalt des Urins, mit deren Zunahme das Ausfallen befördert, sowie der Harnstoffgehalt und der Pigmentgehalt, durch welche dasselbe verzögert wird.) — 33) Derselbe, Die Ursachen der Unwirksamkeit verschiedener gegen harnsaure Diathese empfohlener Mittel. Therap. Monatsh. April. (Für die von verschiedenen Seiten constatirte Unwirksamkeit der Harnsäure-lösenden Mittel Piperazin, Lysidin, Lithion etc. bei der Gicht werden als hauptsächliche Gründe angegeben: ihre Verdünnung in den Körpersäften, ihre Ausscheidung durch die Nieren, ihre Verbrennung [bei organischer Base] und die Störung ihrer lösenden Kraft durch eine Reihe neutraler Salze im Urin. — Die bei der Gicht anzunehmende Herabsetzung der Blutalkalescenz wird theils von abnorm hoher Ausfuhr von Alkalien durch den Darm, theils von veränderter Function der Nierenepithelien und Schweissdrüsen abgeleitet. — Als bestes Mittel zur Einverleibung grösserer Mengen Alkali wird von Neuem das kalkarme, aber Natron- und Kochsalz-reiche Wiesbadener Gichtwasser empfohlen.) — 34) Derselbe, Die Ursachen des Ausfallens der harnsauren Verbindungen ausserhalb und innerhalb des menschlichen Körpers. Centralbl. f. Inn. Medic. 1895. No. 35. (65 kleine „Sätze" mit den Ergebnissen von M.'s Versuchen und Beobachtungen über die Löslichkeits-Verhältnisse der Harnsäure und ihrer Salze.) — 35) Gierke, R., Ein Beitrag zur Kenntniss der Harnsäureausscheidung bei Arthritis uratica (chronica). Inaug.-Dissert. Halle. 21 Ss. (Einige Harnsäure-Bestimmungen im Urin eines chronischen Gichtfalles. Die Untersuchung nach Salkowski-Fokker zeigte, in Uebereinstimmung mit anderen neueren Angaben, die Harnsäure-Ausscheidung eher gesteigert als vermindert (0,73—1,16), während die alte Heintz'sche Methode kaum halb so grosse Zahlen ergab.) — 36) Harley, G., Gout in relation to liver disease. Lancet. July. 4. — 37) Derselbe, On Sugar and Champagne in Gout. Lancet. August 1. (Erklärt die Annahme, dass der reichliche Genuss von Zucker und zuckerhaltigen Speisen Gicht erzeuge, für eine Legende. Als Beweis betont er das Freibleiben von Kindern, Frauen, [speciell Haremsfrauen], Zuckerplantagen-Negern und Aehnliches. — In Bezug auf Champagner, dessen Fabrication er näher auseinandersetzt, hält er dem entsprechend die süssen Sorten bei Gicht im Allgemeinen für gestattet, während er vielmehr vor den mit „extra dry" oder „brut" bezeichneten Marken wegen ihres dem Gichtischen schädlichen starken Gehaltes an Essigsäure

warnt.) — 38) Bishop, J. N., The diagnosis and treatment of Gout. Americ. medic. News. Januar. 18. (Bekanntes über die Symptomatologie der Gicht mit Hervorhebung der häufigen Schwierigkeiten für die Diagnose der gichtischen Disposition, der beginnenden Gichtsymptome und der unregelmässigen Manifestationen der Krankheit. Für die Therapie wird die Schwierigkeit der Durchführung richtiger Hygiene betont; die diätetische Behandlung muss individualisirend sein.) — 39) Rosenfeld und A. Orgler, Zur Behandlung der harnsauren Diathese. Centralbl. f. Inn. Med. No. 2. — 40) Garrod, Sir A. B., On the use of guaiacum in the treatment of chronic gouty affections and its value in warding off acute attacks. Medic.-chirurg. Transact. Vol. 79. p. 313. — 41) Proust, Du régime alimentaire du Goutteux. Progrès médic. No. 32. (Kurze Uebersicht über die Zusammensetzung der gewöhnlichen Nahrungsmittel und die rationelle Kostration des Gesunden, und kleiner Speisezettel für den Gichtischen mit Betonung der einfachen und im Quantum eingeschränkten Diät.) — 42) Derselbe, L'Hygiène des Goutteux. Paris. — 43) Berger, Beitrag zur Therapie der wahren Gicht. Elberfeld. — 44) Hoisel, J., Ueber das Wesen und die Therapie der harnsauren Diathese und Gicht. Wien. medic. Presse. No. 18 u. 19. (Nach Kennzeichnung des unklaren Zustandes, in dem sich neuerdings sowohl die theoretischen Anschauungen, wie auch die Behandlungsprincipien in Bezug auf Gicht und harnsaure Diathese befinden, betont H. als therapeutische Indicationen: Hervorrufung erhöhter Diurese, Alkalisirung der Säfte und Diluirung der Gewebe. Zur Erfüllung derselben legt er weniger Werth auf die bekannten Medicamente, als auf Diät und besonders auf geeignete Mineralwässer. Unter letzteren hält er die an Erdalkalien reichen für bisher zu sehr vernachlässigt und empfiehlt namentlich die Rohitscher „Styria-Quelle", welche besonders viel Magnesia enthält, und deren Gesammt-Carbonate die des Carlsbader Sprudels um mehr als das Doppelte übertreffen, zur Gichtbehandlung, nachdem er an einigen Fällen deren günstigen Einfluss auf die Harnsäure-Ausscheidung controlirt hat.) — 45) Ewart, W., Gout and Goutiness and their treatment. London.

---

46) Bannatyne, G. A., Wohlmann, A. S. and Fr. R. Blaxall, Rheumatoid Arthritis: its clinical history, etiology and pathology. Lancet. April 25. — 47) Brabazon, A. Beaufort, Analysis of 100 cases of Rheumatoid Arthritis treated in the Royal mineral Water Hospital, Bath. Brit. medic. Journ. March 21. — 48) Bannatyne, G. A., The anaemia of Rheumatoid Arthritis. Lancet. Novemb. 28. — 49) Armstrong, W., The therapeutics of Rheumatoid Arthritis. Brit. medic. Journ. May 16. — 50) Carter, A. H., Case of localised dystrophic (?) Rheumatoid Arthritis. Lancet. August 29. (Fall von deformirender Schultergelenkentzündung, vielleicht in Folge von chronischer Metallvergiftung, mit wiederholter Besserung und Verschlimmerung der Ankylose und Deformirung des Gelenkes und der Atrophie der Schultermuskeln. Der Fall wird als Beispiel localisirter Arthritis deformans angeführt, und die Wahrscheinlichkeit eines „dystrophischen" Characters der Krankheit betont, wobei die centrale Nervenstörung anscheinend auf einen vom Gelenk selbst ausgehenden Reflexreiz zurückzuführen wäre.)

Den bisherigen, zum Theil zweifelhaften bacteriologischen Befunden bei acutem Gelenkrheumatismus und rheumatischer Endocarditis fügt Sahli (3) eine neue, anscheinend unzweideutige Beobachtung hinzu. Dieselbe betrifft einen mit Endocarditis, Pericarditis, Pleuritis und einer (beim Tode bereits abgelaufenen) Pneumonie, aber nirgends mit Eiterung complicirten Fall von acutem Gelenkrheumatismus. In der Synovialmembran des zuletzt erkrankten Gelenkes (nicht im Gelenkinhalt), in den endocarditischen Auflagerungen, dem Pericard, der Pleura, den geschwellten Bronchialdrüsen, in geringer Menge auch im Blut des linken Ventrikels wurde ein citronengelber Coccus gefunden, der sich mit dem Staphylococcus citreus als identisch erwies, abgesehen davon, dass er für Thiere (Kaninchen, Meerschweinchen, Ziegen) nicht pathogen war. — Indem S. die Annahme einer Mischinfection zurückweist, hält er den gefundenen Microorganismus mit Wahrscheinlichkeit für den Erreger sowohl der Gelenkaffection, wie der Erkrankungen des Endocard, Pericard und der Pleura, so dass letztere nicht als Complicationen, sondern als Localisationen des Rheumatismus aufzufassen sind. Dem bacteriologischen Verhalten nach möchte er diesen Coccus als abgeschwächte Varietät des gewöhnlichen Citreus ansehen. — In Hinsicht auf die anderweitigen verwandten Befunde hält er es für wohl möglich, dass der Gelenkrheumatismus überhaupt als das Product abgeschwächter pyogener Coccen aufzufassen ist, und dass dabei verschiedene Coccen-Species (neben dem vorliegenden namentlich auch Staphylococc. aureus und albus) in Betracht kommen können.

Groedel (4) hat aus seiner Erfahrung 21 Fälle zusammengestellt, in welchen sich wiederholt bei einer und derselben Person an eine Angina ein acuter Gelenkrheumatismus anschloss, und theilt Notizen über 11 dieser Fälle mit. — Hiernach und nach anderen neuen Literaturangaben (Buss, Roos etc.) hält er das Vorkommen einer als acuter Gelenkrheumatismus imponirenden Krankheit im Anschluss an Angina für unzweifelhaft, jedoch die Häufigkeit dieses Vorkommens (von 5 bis zu 80 pCt. angegeben) für bis jetzt nicht abschätzbar. Die Art der betreffenden Angina ist nach seinen Erfahrungen in der Regel die einer einfachen lacunären Tonsillitis; die Form der rheumatischen Erkrankung war fast immer die eines genuinen Gelenkrheumatismus, nicht die eines „Rheumatoids". — Die bisherigen bacteriologischen Untersuchungen stehen mit dem Gesagten insofern im Einklang, als sie sowohl bei dem acuten Gelenkrheumatismus wie bei der Angina keine specifischen Microorganismen, aber bei beiden dieselben Formen von pyogenen Coccen ergeben haben. Dabei betont G. die Möglichkeit der Annahme, dass genuiner Gelenkrheumatismus wie die auf Infectionskrankheiten folgenden Formen auf denselben (verschieden modificirten) Bacterien beruhen.

Auch Leredde (6) vertheidigt die bacterielle Natur des acuten Gelenkrheumatismus, namentlich im Hinblick auf die Häufigkeit einer initialen Angina, auf die Complicationen von Seiten der serösen Häute, die Art des Fiebers u. s. w. Doch ist die specielle Art des Microorganismus bisher unbekannt; die Annahme einer abgeschwächten Staphylococcen-Infection ist nach L., schon wegen der fehlenden Eiterung, nicht plausibel. Die Wahrscheinlichkeit spricht für directe Anwesenheit der Infectionsträger in den Gelenktheilen, während von

nervösen (trophischen) Störungen, wie sie für manche infectiöse Gelenkaffectionen, z. B. die gonorrhoischen, angenommen werden, nicht die Rede zu sein braucht. Hiernach ist dem acuten Gelenkrheumatismus, analog anderen infectiösen Gelenkleiden, eine permanente Blutinfection zu Grunde zu legen; vielleicht kann nach L. die Entwicklung der Infectionsträger auch in das Knochenmark verlegt werden.

Weiss (15) berichtet über Versuche mit Seruminjectionen bei acutem Gelenkrheumatismus, die im Wiener Allg. Krankenhaus nach Analogie ähnlicher neuerdings bei Pneumonie, Typhus, Variola, Cholera und Meningitis gemachter Versuche angestellt wurden. Dieselben betrafen 10 Fälle mit ausgesprochenen Gelenkaffectionen und Fieber; das injicirte sterilisirte Serum entstammte dem Venäsectionsblut von Personen, die kurz vorher acuten Gelenkrheumatismus überstanden hatten. Es wurden im Ganzen 22 Injectionen, meist von 6—10 g (nur 2 mal 18—20 g) Serum, gemacht. Die auf dieselben folgende Reaction wechselte sehr: 9 mal konnte eine vorübergehende günstige Beeinflussung der Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Gelenke festgestellt werden, darunter 2 mal schon nach ca. 3 Stunden; in 6 Fällen trat keine Wirkung, in 3 Fällen eine Verschlimmerung der Affection ein. — Bei den günstig beeinflussten Fällen trat auch unmittelbar nach der Injection ein Temperatur-Abfall von $1—1^1/_2{}^0$ ein. — Dieselben günstigen Wirkungen wurden aber bei zwei anderen Fällen von Gelenkrheumatismus nach Injection einer Kochsalzlösung der (stark Albumosen-haltigen) Somatose beobachtet. Dementsprechend glaubt W. in den erreichten Wirkungen der Serum-Einspritzungen nichts Anderes als Aeusserungen der Allgemein-Reactionswirkung des Serum sehen zu können.

Nachdem Lannois und Linossier (16) an anderem Ort gezeigt haben, dass gewisse flüchtige Substanzen, namentlich Guayacol und Methyl-Salicylat, in unerwartet grossen Mengen von der Haut aus aufgenommen werden und im Urin erscheinen, haben sie letzteres bei Behandlung des Rheumatismus klinisch erprobt. Das Methyl-Salicylat ($^9/_{10}$ der „Wintergreen-Essenz" ausmachend) wird direct auf die Haut der Gelenke oder der Umgebung getropft und letztere mit Guttaperchapapier, Watte und Binden luftdicht umhüllt. Auf diese Weise wurden 24 Fälle von Rheumatismus, darunter 4 Fälle von acutem und 11 von subacutem Gelenkrheumatismus, 7 von chronischem deformirendem und 2 von gonorrhoischem Rheumatismus, behandelt. Die angewendeten Dosen des Mittels betrugen 2—6 g. In übereinstimmender Weise zeigten sämmtliche Fälle gute schmerzstillende Wirkung der einzelnen Applicationen, welche im Durchschnitt nach 2—8 Stunden eintrat und bei den acuten Erkrankungen kürzere Zeit (6—10 Stunden), bei den subacuten und chronischen länger andauerte. Nachtheiliger Einfluss wurde, abgesehen von leichter Hautdesquamation, nicht bemerkt. — In Bezug auf die practische Anwendung wird das Mittel weniger zur methodischen Behandlung des acuten Gelenkrheumatismus als für die Exacerbationen der subacuten und chronischen Formen empfohlen.

Für subacute und chronische rheumatische (und verwandte) Affectionen rühmt Sibley (17) die Behandlung mit localen Heissluftbädern, die er theils wegen der erreichbaren höheren Temperatur, theils wegen der Beschränkung der Wirkung auf die leidenden Theile sowohl den Dampfbädern, wie den allgemeinen Heissluftbädern vorzieht. Er empfiehlt besonders die Anwendung eines englischen Apparates (von Tellerman-Sheffield), dessen Hauptbestandtheil eine je nach Applicationsstelle in der Form wechselnde, kupferne Kammer bildet, und welcher die 50 Min. bis 1 Stunde dauernde Anwendung von Temperaturen bis gegen 300° F. gestattet. 10 Krankengeschichten, welche theils subacuten und chronischen Gelenkrheumatismus, theils Arthritis deformans, auch Ischias und ähnliche Neuralgie betreffen, veranschaulichen die günstige Einwirkung der Methode sowohl auf Schmerzhaftigkeit, Schwellung und Beweglichkeit der erkrankten Theile, wie auf das Allgemeinbefinden. In Bezug auf die Allgemeinwirkung der Bäder sei erwähnt, dass die Körpertemperatur während derselben um $^1/_2$ bis 3° F. zu steigen pflegt.

In allgemeiner Betrachtung bespricht Boyd (18) die Abhängigkeit der Gicht von mangelhaftem Stoffwechsel, welcher zu der ihr zu Grunde liegenden „Uracidämie" führt. Und zwar betont er, dass die allgemeine Stoffwechselstörung von den verschiedensten Organen ausgehen kann, wobei das Nerven-, Verdauungs- und Gefässsystem in erster Linie, das Respirations- und Muskelsystem in zweiter betheiligt zu sein pflegen. Er berührt für jedes dieser Systeme die bei Gicht an demselben bekannten Störungen, welche zu fehlerhaftem Stoffwechsel mit abnormer Harnsäurebildung führen können, und tritt der Anschauung von Haig entgegen, welcher umgekehrt die abnorme Anwesenheit der Harnsäure als Ursache aller Organveränderungen gelten lassen will. — Auch für die Localisirung der Harnsäure-Niederschläge in den Gelenken sieht er den Grund in abnormen Stoffwechsel- und Ernährungsvorgängen innerhalb dieser Theile, die theilweise vom Nervensystem aus angeregt werden können. — Aus den Betrachtungen ist zu schliessen, dass zur Behandlung der Gicht die Entfernung der überschüssigen Harnsäure aus dem Blut durch Alkalien etc. nicht genügt, sondern die Besserung des fehlerhaften Stoffwechsels in dem primär befallenen Organsystem die Hauptaufgabe bleibt.

Ueber einen auf der Berliner I. Medic. Klinik an einem Gichtkranken angestellten, durch eine Reihe von Wochen reichenden Stoffwechselversuch berichtet Schmoll (20). Dabei ergab die Aufstellung der Stickstoff-Bilanz in Bestätigung der Angaben von Vogel (s. Jahresber. f. 1894. Bd. II. S. 57) eine beträchtliche Stickstoff-Retention; dass dieselbe auf Eiweissansatz beruhte, ist in Rücksicht auf gleichzeitiges Sinken des Körpergewichtes unwahrscheinlich; ebenso wenig bestand ein Zeichen für Nephritis. — Unter Einführung von Thyreoidea-Tabletten (2—4 täglich)

wurde diese Stickstoff-Retention vermindert, aber nicht aufgehoben; bei Darreichung von Thymus war sie besonders stark. — Die Ausnutzung der Nahrung überstieg den normalen Durchschnittswerth. — Die Phosphorsäure-Ausscheidung verhielt sich durchaus normal. Ebenso entsprach die Harnsäure-Ausscheidung vollkommen der Nahrung; durch Darreichung von Thymus wurde sie wie bei dem Gesunden stark gesteigert. Endlich war auch die Ausscheidung der Alloxurkörper nicht erhöht und das Verhältniss von Harnsäure und Alloxurbasen normal. Es wird betont, dass letztere Befunde gegen die neuerdings von Kolisch (s. Jahresb. f. 1895. Bd. II. S. 52) aufgestellte Anschauung sprechen.

Ebenso zeigte die von Rommel (21) aus derselben Klinik mitgetheilte Untersuchung des Urins bei einem Fall von chronischer Gicht mit Schrumpfniere (gegen Kolisch) eine mittlere Höhe der Alloxur-Ausscheidung ohne Verminderung der Harnsäure oder Vermehrung der Alloxurbasen, während bei einem reinen Fall von Schrumpfniere (ohne Gicht) sich übernormale Alloxur-Ausscheidung mit ausserordentlich hohen Harnsäure-Werthen ergab.

Van Pelt (25) giebt eine Besprechung der Anschauungen von Haig (s. die vorstehenden Nummern) über die krankmachende Wirkung der Harnsäure im Organismus. Namentlich werden die Punkte berücksichtigt: dass ein Steigen der Harnsäure über das normale Verhältniss zum Harnstoff (1:35) zu gesteigerter Arterienspannung, Abnahme der Diurese etc. führen, und eine unter dies Verhältniss sinkende Ausscheidung der Harnsäure im Urin eine Aufspeicherung derselben im Körper und durch ihr zeitweises Freiwerden Migräne, Epilepsie und andere schwere Nervensymptome zur Folge haben soll. Mit Rücksicht hierauf wurden bei einigen geeigneten Fällen (Rheumatismus, Neurasthenie etc.) genaue Bestimmungen von Harnsäure, Harnstoff, Acidität etc. im Urin gemacht, während das Befinden durch Anwendung von Natr. salicylic., Pilocarpin etc. in verschiedener Weise beeinflusst wurde. — Die gezogenen Schlüsse sind der Hauptsache nach folgende: Bei der Uricacidämie brauchen nicht immer allgemeine Beschwerden aufzutreten. Sind solche vorhanden, so gehen sie meist der Anwesenheit von Harnsäure parallel. Doch ist dieser Punkt oft schwer zu beurtheilen, namentlich auch weil die im Urin ausgeschiedene Harnsäure nicht immer direct auf die im Blut circulirende schliessen lässt. Der grosse Wechsel des Allgemeinzustandes bei gleichem Stand der vorhandenen Harnsäuremenge macht es wahrscheinlich, dass neben derselben noch andere verwandte Substanzen wirksam sind. Die Erklärung der Krankheitssymptome lässt sich oft aus der Veränderung der Gefässspannung ableiten.

Auch Hills (26) knüpft an Haig's Theorie über die Abhängigkeit vieler Krankheitssymptome, namentlich schwerer Nerven-Erscheinungen, von vermehrtem Harnsäuregehalt des Blutes und der Gewebe an und sucht diese Anschauungen an einer Reihe von Anstaltskranken zu controliren, unter denen sich 6 Epileptiker, 3 Fälle mit depressiver Psychose, andere mit Kopfschmerz etc. befanden. Doch ergab sich die Höhe der Harnsäure-Ausscheidung hier als sehr inconstant; bei den Epileptikern fiel zwar in der Mehrzahl der Fälle eine relativ hohe Harnsäuremenge mit den Anfällen (Kopfschmerz, Krampf) zusammen, doch bestand auch häufig bei ebenso hoher Zahl Wohlbefinden, und Aehnliches. Bei 84 anderweitigen Fällen, in denen je eine Untersuchung des Morgenharnes vorgenommen wurde, wechselte das Verhältniss Harnsäure: Harnstoff unregelmässig von 1 : 10 bis 1 : über 50. Auch wird die Zweifelhaftigkeit der Beziehung zwischen der Harnsäure und der Acidität des Urins, sowie unsere bisherige Unkenntniss über den Harnsäure-Stoffwechsel überhaupt betont. — Aus Allem wird geschlossen: dass Haig's chemische Harnsäure-Theorie nicht als bewiesen angesehen werden darf, und dass wahrscheinlich die Symptome der „Uricacidämie" nicht durch die Harnsäure, sondern durch einen (vielleicht auf nervöser Basis beruhenden) abnormen Ernährungszustand hervorgerufen werden, welcher auf dem Weg eines alterirten Zellen-Stoffwechsels zur gesteigerten Bildung von Harnsäure und verwandten Stoffen führt.

Mit Rücksicht auf die verschiedenen Angaben über Vermehrung der Harnsäure-Ausscheidung durch Einführung von salicylsaurem Natrium, was zum Theil als Auswaschung der Harnsäure aus dem Körper aufgefasst wird (Haig, Pfeiffer), stellte Bohland (28) neue diesbezügliche Versuche, unter Beachtung der Harnsäureproduction im Sinne der Horbaczewski'schen Theorie, an. Hierzu wurden an 2 Männern (Gesundem und Ischiaskrankem) Bestimmungen der Harnsäure und des Stickstoffes im Urin und der Zahl der weissen Blutkörperchen im Blut, mit und ohne Verabreichung von Natr. salicylic. in Gaben von 3,0 bis 5,0 pro die, angestellt. Dieselben ergaben in beiden Fällen eine beträchtliche Steigerung sowohl der Harnsäure-Ausscheidung wie der Leukocytenzahl unter dem Einfluss des Salicylates, so dass als Folge des letzteren eine Vermehrung der Leukocyten und (im Sinn von Horbaczewski) eine beträchtliche Leukolyse mit Steigerung der Harnsäure-Ausscheidung angesehen werden kann. — Im Hinblick auf dies Ergebniss muss nach B. die Darreichung der Salicylsäure bei Gicht widerrathen werden, da durch dieselbe die Gefahr der Harnsäure-Retention gesteigert wird.

Bei 12 ausgesprochen Gichtkranken stellte Pfeiffer (29) genaue Urinuntersuchungen, besonders in Bezug auf die Harnsäure-Ausscheidung, während der acuten Gichtanfälle, im Vergleich zur Zeit vor und nach denselben, an. Dabei fand sich ausserhalb der Anfälle die Urinmenge nur mässig, das specifische Gewicht und der Säuregrad stark gegen die Norm vermindert; ferner nur geringe Zahlen für die 24stündige Menge von Harnsäure (durchschnittlich 0,6042 g, grösstentheils in „freiem" Zustand) und Harnstoff (19,25 g) und auch für das Verhältniss beider, was mit früheren Befunden Pf.'s (s. Jahresber. f. 1892. Bd. II. S. 268) übereinstimmt. — Dagegen ergab sich

innerhalb der Anfälle, im Widerspruch mit den alten Angaben von Garrod u. A., die Urinmenge zuweilen beträchtlich vermehrt, das specifische Gewicht und die Acidität gegen die anfallsfreie Zeit gesteigert, und vor Allem die Harnsäure-Ausscheidung ausnahmslos vermehrt (in einigen Fällen bis auf das 3 bis 4fache, im Durchschnitt 0,9802 täglich), ebenso die Harnstoffmenge gesteigert, wenn auch oft in etwas geringerem Grad als die Harnsäure (durchschnittlich 30,97); das Verhältniss Harnsäure : Harnstoff gegen die anfallsfreie Zeit im Durchschnitt wenig verändert (ca. 1 : 31). — Hiernach ist die alte Annahme einer Harnsäure-Stauung im Anfall aufzugeben, sondern eher an eine Harnsäurefluth zu denken, die zum Theil auf Eiweisszerfall zu beziehen ist. In einigen Fällen mit bedeutendem Ueberwiegen der Harnsäure-Vermehrung (Verhältniss bis 1 : 14,5) möchte Pf. eine Resorption aufgespeicherter Harnsäure annehmen. — Für die Annahme einer Auflösung und Ausführung der Harnsäure im Anfall spricht auch, dass dieselbe hier grösstentheils in gebundenem Zustand ausgeschieden wird. Auch die früheren Versuche Pf.'s, wonach die am leichtesten löslichen Harnsäurepräparate (doppelt-harnsaures Natr.) bei subcutaner Einspritzung die stärksten Schmerzen hervorruft, stehen mit vorstehenden Befunden im Einklang.

In ähnlicher Weise hatte Magnus-Levy (30) Gelegenheit, bei einem Gichtkranken während und nach mehreren acuten Gichtanfällen eine längere Reihe von Stoffwechseluntersuchungen anzustellen. Dieselben ergaben (bei dem ersten Anfall in ausgesprochenerem Grade, als bei dem durch $1^1/_2$ Jahre von ihm getrennten zweiten) auf der Höhe des Anfalles starke Steigerung der Stickstoff-Ausscheidung als Zeichen abnormen Eiweisszerfalles, mit Eintritt der Besserung allmälige Abnahme derselben und in der Reconvalescenz sehr geringe Ausscheidungswerthe zusammen mit Zunahme des vorher gesunkenen Körpergewichtes. — Angaben, wie die von Vogel (s. Jahresbericht f. 1894. Bd. II. S. 57) und Schmoll (s. oben No. 20), welche auffallende Stickstoff-Retention bei Gichtkranken fanden, möchte M. so erklären, dass bei jenen Kranken ein ähnlich starker Eiweisszerfall wie hier vorausgegangen war. — Die Harnsäure und die Alloxurbasen zeigten hier ebenfalls auf der Höhe der Anfälle eine vermehrte Ausscheidung, die allmälig wieder abnahm.

Gegen die Behauptung von Kolisch, dass bei dem Gichtischen ausnahmslos in allen Stadien die Alloxurkörper im Urin stark vermehrt seien, hat M. verschiedene kritische Einwände zu machen. Zunächst betont er, dass die von Kolisch für den Alloxurkörper-Stickstoff angegebenen Normalwerthe (260 mg, wovon 210 Harnsäure-Stickstoff) nicht allgemein gültig sind, vielmehr bei sehr vielen Fällen die Werthe bedeutend höher liegen. Ferner fand er unter 8 Gichtfällen die Alloxurkörper-Ausscheidung nur 2 mal deutlich vermehrt, die übrigen Male in Höhe der Normalwerthe oder noch darunter. Endlich fand er, in Uebereinstimmung mit anderen Angaben, dass im vorgeschrittenen Stadium der Gicht die Ausscheidung des Alloxurbasen-Stickstoffes im Verhältniss zur Harnsäure durchaus nicht immer besonders hohe Werthe erreicht. — Schliesslich warnt er bei dem jetzigen Stand unserer Kenntnisse davor, aus den Verhältnissen der Alloxurkörper-Ausscheidung zu weit gehende Schlüsse zu ziehen.

Die neuerdings zur Vermehrung der Harnsäure-Lösung im Urin empfohlenen organischen Basen Lysidin und Piperazin untersuchte Haupt (31) auf ihren unzersetzten Uebergang in den Harn. Er that dies vermittelst fortlaufender Bestimmungen der Urinreaction: bei unzersetztem Uebertritt der Substanzen war eine Aenderung der Reaction analog der Einführung einer anorganischen Base zu erwarten. Dies ergaben auch die (nach der Methode von Freund-Lieblein ausgeführten) Aciditäts-Bestimmungen: Die Reaction wurde durch Lysidin und Piperazin ähnlich wie durch Natr. bicarbon. beeinflusst, so dass keine Zersetzung der Mittel im Organismus anzunehmen ist. — In einer weiteren Versuchsreihe wurde die Harnsäure-Lösefähigkeit des Urins nach Einführung von Lysidin und von Natrium bicarbon. verglichen und in beiden Fällen gleich gefunden, so dass es wahrscheinlich erscheint, dass die in Folge der Einführung dieser organischen Basen eintretende Erhöhung der Fähigkeit, Harnsäure zu lösen, nur von der Alkalescenz des Urins abhängt.

In einigen grösstentheils literarischen Bemerkungen macht Harley (36) auf die Beziehungen aufmerksam, welche zwischen Gicht und Lebererkrankung bestehen. Als erster, welcher diese Beziehungen betonte, führt er Murray Forbes („Treatise on gout and gravel" London 1786 und 1793) an, der übrigens, wie nebenbei bemerkt wird, auch die Bedeutung der Harnsäure für den Gicht-Process schon auffallend richtig erkannte. Weiter wird Scudamore citirt, der in einem Handbuch 1823 von einer „gichtischen Hepatitis" spricht, und der Schriftsteller Walter Scott erwähnt, welcher nach seinem Tagebuch und mehreren ärztlichen Aussprüchen gleichzeitig an schwerer Gicht und mit Icterus verbundenen Gallensteincoliken litt. — Im Anschluss wird hervorgehoben, wie wechselnd die Behandlung der Gicht je nach ihrer wechselnden Grundlage sein muss, und dass die Berühmtheit gewisser Mittel (vegetabilischer Abführmittel, Mineralquellen etc.) gegen Gicht in deren Wirkung auf die Leberthätigkeit ihre Begründung zu haben scheint.

Als Beiträge zur Behandlung der harnsauren Diathese theilen Rosenfeld und Orgler (39) eine Reihe von Beobachtungen am Menschen (zum Theil Selbstversuche) über den Einfluss der Diät (Hungerzustand, verschiedene Grade von Eiweisszufuhr, Zusatz von Fett, Zucker u. A.) auf die Harnsäure-Ausscheidung mit. Zur Bestimmung der Harnsäure wurde die bei der Entleerung (primäre Fällung) und später (secundäre Fällung) sich ausscheidende Menge zu dem dann mit der Salkowski'schen Methode gefundenen Werth addirt. — Es zeigte sich, dass Erhöhung des Eiweissumsatzes durch Zulage grösserer Mengen von Eiweissnahrung die Harnsäure-Ausscheidung beträchtlich

erhöht, und dass die Hinzufügung von Butter (150 bis 190 g) oder Zucker bei den verschiedenen Graden des Eiweissumsatzes dieselbe weiter erheblich steigert. — War die Harnsäure-Ausscheidung durch Genuss von Nucleïnsäure-reicher Kalbsmilch vermehrt (bis 2,456 pr. Tag), so setzte die Einführung von Harnstoff (20 g pro die) die Ausscheidung herab als Zeichen der geringeren Harnsäure-Bildung, zugleich mit dem Anschein besserer Lösung derselben. Ebenso, nur in etwas geringerem Grad, wirkte das kürzlich als Harnsäure-Lösungsmittel empfohlene Urotropin ($1^1/_2$—3 g tägl.), doch zeigte dasselbe Reizwirkungen auf Magendarmcanal und Harnblase. — Uebrigens blieb nach der Kalbsmilchdiät eine längere Periode erhöhter Harnsäure-Ausscheidung zurück.

Für die Gicht-Behandlung lenkt Garrod (40) die Aufmerksamkeit auf das Guajakharz, das schon im vorigen Jahrhundert (Cullen etc.) als gutes Antarthriticum galt, und welches er seit langer Zeit mit bestem Erfolg angewendet hat. Er giebt dasselbe in Pulverform (Morgens 12 grains), meist mit anderen Mitteln, namentlich Lith. citric., Jodkalium, Colchicum, China-Rinde etc. zusammen. Das Mittel ist durchaus unschädlich, wird meist unbegrenzte Zeit vertragen. Zur Abkürzung der acuten Gichtanfälle ist es brauchbar, steht aber in dieser Beziehung gegen Colchicum zurück. Dagegen hat es sich als vorzügliches Prophylacticum erwiesen, unter dessen fortgesetztem Gebrauch oft jahrelange freie Pausen anhalten. In den Ausnahmefällen, wo das Mittel bei langer Anwendung die Verdauung stört, wird als Ersatz Radix Serpentariae in Extract oder Tinctur empfohlen. — Indem G. an der alten Theorie festhält, dass die Harnsäure in den Nieren als Ammoniaksalz aus Harnstoff gebildet wird, will er die Wirkung des Guajak durch Anregung der Nierenthätigkeit erklären, in Folge welcher das harnsaure Ammoniak verstärkt ausgeschieden und dessen Resorption in das Blut verhindert wird.

Eine bacterielle Grundlage der Arthritis deformans glauben Bannatyne, Wohlmann und Blaxall (46) gefunden zu haben. Sie trennen dabei von der in Rede stehenden allgemeinen Arthrit. deform. („Rheumatoid Arthritis") die localisirte „Osteo Arthritis" ab. Erstere documentirt sich als „constitutionelle" Krankheit; als ihre characteristischen klinischen Eigenthümlichkeiten betonen sie: die Verhältnisse des Geschlechtes (in ihren Erfahrungen 85 pCt. weiblich) und des Alters (durchschnittlicher Anfang zu 28 Jahr., von 4 bis 60 Jahr. wechselnd); die typischen Anschwellungen der Finger- und Hand-Gelenke: den kalten Schweiss der Handteller; die Erkrankung der Kiefer und der Halswirbelsäule; die Kachexie und Abmagerung; und als unwichtigere Zeichen Veränderung der Hautpigmentirung und Tachycardie. — Von der Ueberzeugung ausgehend, dass das klinische Bild der Krankheit auf die Möglichkeit eines pathogenen Microorganismus als Ursache hinweist, stellten die Verff. bei einer grösseren Zahl von Krankheitsfällen Punctionen stärker ausgedehnter Gelenke (meist Knie) unter den nöthigen aseptischen Cautelen an und untersuchten die erhaltenen Gelenkflüssigkeiten resp. Gewebstheile microscopisch und bacteriologisch. Microscopisch zeigten sich unter 25 Fällen 24 mal hierbei Microorganismen. In 18 dieser Fälle ergab die bacteriologische Untersuchung dieselben als specifisch: sie stellen einen sehr kleinen Bacillus dar, der sich schwer färbt (und zwar bipolar, am besten mit Methylenblau) und leicht entfärbt. Auf Fleischbrühe liefert er goldstaubartige Culturen; in einigen schweren Fällen wurde er auch im Blut gefunden; bei anderweitigen Gelenkexsudaten wurde er nicht constatirt. Es wird hervorgehoben; dass der Bacillus mit dem von Schüller (vgl. Jahresber. f. 1893. Bd. II. S. 71) bei chronisch rheumatischen Gelenkentzündungen beschriebenen Microorganismus nicht identisch ist. — Es wird als wahrscheinlich hingestellt, dass die Bacillen sich in den Gelenktheilen localisiren und die Gelenkentzündungen direct hervorrufen, während die von ihnen gelieferten Toxine functionelle und anatomische Störungen des Nervensystems bedingen, welche die Entstehung der anderen Krankheitssymptome, namentlich der Muskelatrophie, Schweisse, Hautpigmentirung und Tachycardie erklären.

Brabazon (47) giebt eine kurze Statistik über 100 im Krankenhaus zu Bath behandelte Fälle von Arthritis deformans. Es sei daraus erwähnt, dass 25 Fälle männlich und 75 weiblich waren, dass im Alter von 5—15 Jahren 1 M. und 2 W., 15—25 Jahr. 4 M. und 10 W., 25—60 Jahr. 20 M. und 63 W. standen, und dass Hand- und Fingergelenke 78 mal, Kniegelenke 71 mal, Fussgelenke 58 mal, Ellbogen 55 mal, Schultergelenke 53 mal, Kiefergelenke 48 mal etc. betheiligt waren. In klinischer Beziehung wünscht er die constitutionellen Symptome mehr, als gewöhnlich geschieht, betont zu sehen: unter ihnen hebt er allgemeine Abmagerung, Unregelmässigkeiten von Puls und Temperatur, Schwitzen der Handteller u. A., und besonders einen characteristischen leidenden Allgemeineindruck hervor. Therapeutisch fand er die Combination von Eisen und Arsenik von Werth. Die Unabhängigkeit des Leidens sowohl von Gicht wie von Rheumatismus wird betont. Als Bezeichnung möchte er statt der bisherigen ungeeigneten Namen, „perniciöse Arthritis" empfehlen.

Bannatyne (48) hebt die bei Arthritis deformans bestehende Anämie hervor. Er fand dieselbe bei 95 pCt. seiner Fälle ausgesprochen. Die Blässe ist dabei meist keine extreme, die Hautfärbung vielmehr gelblichweiss oder gelblichbraun; Blutungen sind selten. Im Blut fanden sich die rothen Blutkörperchen mässig verringert (4300000 bis 3000000), das Hämoglobin stärker herabgesetzt (80—40 pCt.), also auch der Hämoglobinwerth des einzelnen Körperchens vermindert: die weissen Blutkörperchen leicht vermehrt. — Die Anämie kennzeichnet sich demnach hier als eine Pseudochlorose oder Oligochromämie. B. setzt sie in Analogie mit der Anämie der postmalarischen Zustände; und indem er weiter die nach acutem Rheumatismus eintretende und die perniciöse Anämie zum Vergleich heranzieht, macht er auf die Verschiedenheit aufmerksam, in welcher anscheinend

zu gleicher Klasse gehörige Krankheitsschädlichkeiten (Toxine resp. Ptomaine) blutzerstörend wirken können, so dass je nach der Art der Einwirkung die einzelnen Blutkörperchen verminderten, vermehrten oder auch normalen Hämoglobingehalt zeigen.

Nach seinen im Badeort Buxton gemachten Erfahrungen spricht sich Armstrong (49) für die „dystrophische" Natur der Arthritis deformans aus. Als excitirende Ursachen unterscheidet er: Rheumatische, gichtische, uterine Affectionen, phthisische Anlage, Neurosen, locale Läsionen (resp. Entzündungen) etc. — Für die Therapie sind Mittel zu verlangen, welche nicht nur auf die locale Gelenkveränderung, sondern auch auf die Ursache derselben, auf die Allgemeinernährung, und besonders auf die Innervation der Gelenke einwirken. Diesen Indicationen entsprechen nach A. manche der üblichen Arzneimittel (Natr. salicylic., Jodkalium, Alkalien, Colchicum etc.), sowie türkische und russische Bäder oft nicht, so dass sie sich zum Theil schädlich erweisen. Dagegen sieht er als beste Behandlungsmethode für die grosse der Zahl der Fälle die galvanischen Bäder, unterstützt durch Roborantien (Ol. jecoris etc.), an. Die sonstige Hydrotherapie kann oft nützen; doch sind die passenden Fälle auszusuchen.

[1) Hewelke, O., Tct. acteae racemosae bei Gelenkrheumatismus. Kronika lekarska. No. 18. — 2) Wiczkowski, J., Ueber die uratische Diathese. Przegl. lekarski. No. 50. 51. 52. (Bringt nur Bekanntes.)

Hewelke (1) empfiehlt das Präparat sehr warm bei Gelenkrheumatismus und giebt demselben in manchen Fällen sogar den Vorzug vor dem salicylsauren Natron.

Spira (Krakau).

Kragelund, Die atypische Form der Harnsäurediathese. Bibliothek for Läger. R. 7. B. 7. p. 389.

Im Anschluss an die Theorie Lange's meint Verf. die Erklärung vieler krankhafter Symptome besonders von nervöser Art in der Annahme einer Harnsäurediathese finden zu können und berichtet über verschiedene Fälle dieser Art, deren Krankengeschichten ausführlich referirt werden. **F. Levison** (Kopenhagen).]

Levison F. (Kopenhagen), Ueber Behandlung von Gicht (Arthritis urica) und besonders von den chronischen Formen dieser Krankheit. Erster nordischer Congress für innere Medicin zu Gothenburg am 27., 28. und 29. August. Hygiea. LVIII. 9. p. 296—298.

Durch die electrolytische Einfuhr von Lithion in den Organismus hat man ein neues und sehr gutes Mittel gegen die chronische Gicht erhalten. Die Methode ist die, dass der zu behandelnde Körpertheil in eine 2proc. Clorlithiumlösung hineingelegt (diese mittels kohlensaurem Lithion alkalisch gemacht), während ein anderer Körpertheil, z. B. Hand oder Fuss, in Wasser, worin ein wenig Kochsalz gelöst worden ist, niedergetaucht wurde. Der positive Pol einer constanten Batterie wurde ins Lithionbad und der negative ins Kochsalzbad mit einer Stromstärke von 10—25 M. A. eingetaucht. Die Behandlung dauerte 30 Minuten täglich. 11 unter 15 Kranken wurden bedeutend gebessert. **A. Fr. Eklund** (Stockholm).]

V. Purpura. Haemophilie.

1) Gaussel, A., Purpura infectieux dans la convalescence d'une dysentérie. Montpellier médic. No. 6. — 2) Wright, A. E., On the treatment of the haemorrhages and urticarias which are associated with deficient blood coagulability. Lancet. Januar 18. — 3) Polak, A. M., Ueber einen Fall von Peliosis rheumatica. Wien. klin. Wochenschr. No. 19. (Krankengeschichte von wiederholten Anfällen von Purpura mit schmerzhaften Gelenkschwellungen; während des letzten genau beschriebenen Anfalles entwickelte sich eine Pericarditis; der Tod trat unter Krämpfen ein, für welche sich Blutungen im Marklager der Grosshirnhemisphären als Ursache ergaben. — Die Blutuntersuchungen wiesen in der letzten Lebenszeit Verminderung der rothen Blutkörperchen und relative Leukocytose, auch kernhaltige rothe Blutkörper nach. Da sich gleichzeitig Milztumor, Lymphdrüsenvergrösserung und Knochenmarksveränderungen fanden, so wird auf die Aehnlichkeit des Bildes mit den einige Male beschriebenen „aleukämischen" Vorstadien acuter Leukämie hingewiesen.) — 4) Elb, G., Zur Kenntniss der renalen Hämophilie. Inaug.-Dissertation. Berlin. 30 Ss. — 5) Summers, J. E., Haemophilia: an unrecognized case, which terminated fatally after excision of the kneejoint. Americ. medic. News. March 7. (Krankengeschichte eines 10jährigen Knaben, bei dem wegen einer flectirten Ankylose des Kniees, die als Folge einer tuberculösen Gelenkentzündung angesehen wurde, eine Kniegelenksresection ausgeführt wurde, nach welcher eine unstillbare Nachblutung eintrat, die trotz Wiedereröffnung und Tamponirung der Wunde, Salzwasser-Injectionen etc. zum Tod führte. Dass der Knabe Bluter war, ergab sich nachträglich durch die auch die Injectionsstiche etc. begleitenden Blutungen. — Die Vorschläge, bei Hämophilen zum Zweck grösserer Operationen eine leichtere Gerinnbarkeit des Blutes durch innere Mittel, Venäsection, intravenöse Injectionen etc. herbeizuführen, hält S. für aussichtslos.) — 6) Löns, H., Beiträge zur Hämophilie. Inaug.-Dissert. Halle. 1895. 27 Ss. (Einiges Bekannte über Hämophilie, nebst 6 Fällen der Hallenser chirurg. Klinik, in welchen grössere Hämatome oder Wunden bei Blutern günstig verliefen, und zwar 5 mal unter aseptischer Wundbehandlung mit möglichster Schonung des Schorfes, bei dem einen Hämatom ohne jede Eröffnung.)

Eine ungewöhnliche Grundlage einer Purpura zeigt der von Gaussel (1) mitgetheilte Fall. Er betrifft einen im Krankenhaus von Montpellier behandelten Soldaten, welcher eine gutartige, fieberlose Dysenterie durchmachte, und bei welchem in der Reconvalescenz plötzlich eine allgemeine Purpura auftrat. Dieselbe war mit hämorrhagischer Zahnfleisch-Affection, schmerzlosen Darmblutungen und Hämaturie verbunden, und führte trotz täglicher Injectionen von künstlichem Serum und anderen Excitantien zu so tiefer Prostration, dass 3 Tage lang die grösste Lebensgefahr bestand, und nur langsame Besserung erfolgte. — Unter Ausschluss anderer Purpuraformen wird die Erkrankung für eine infectiöse Purp. hämorrhagica erklärt, welche sich hier nach der Dysenterie entwickelte, wie sie sonst im Gefolge von Typhus, Icterus gravis, acuten Exanthemen, Tuberculose, infectiöser Angina, Gonorrhoe beobachtet wird. — Ein mit dem Blut des Kranken auf der Höhe der Affection angestellter Culturversuch hatte negatives Ergebniss.

In Verfolg früherer Untersuchungen, in welchen Wright (2) die Vermehrung der Gerinnfähigkeit

des Blutes durch Calciumsalze, durch Kohlensäure und durch Nucleo-Albuminlösungen nachwies (s. Jahresbericht f. 1891. Bd. II. S. 350), hat er bei Hämophilie diese Mittel practisch zu verwerthen versucht. Bei zwei hämophilen Brüdern wurde die Gerinnung des Blutes durch innere Gaben von Chlorcalcium (zu 2,0) beträchtlich beschleunigt. Eine Reihe hämophiler Blutungen wurde ebenfalls durch Chlorcalciumverabreichung, gleichzeitig mit äusserlicher Anwendung von demselben Salz oder von Calciumphosphat, gut gestillt. Dabei erinnert W. an die häufigen Gelüste hämophiler Kinder nach Kalk und Gips. — Bei schwereren Blutungen fand er es nöthig, die Wirkung der Calciumsalze durch Anwendung von Kohlensäure zu unterstützen, entweder in der Form der Inhalation, oder z. B. bei Epistaxis durch Leitung des Gases mittelst eines Gummischlauches in die Nasengänge. In einigen Fällen wurde die Blutung hierdurch günstig beeinflusst. — Endlich erreichte er auch durch Nucleo-Albuminlösung (mittels Extraction von Thymusdrüse, Testikel oder Magenschleimhaut zu bereiten) bei einigen Schnittwunden Hämophiler schnelle Stillung der Blutung. — Dieselben Ueberlegungen sind anwendbar in Bezug auf die mit verminderter Blutgerinnbarkeit verbundenen Formen der Urticaria, z. B. den nach Genuss von sauren Früchten und gewissen Schaalthieren, oder nach Injection von antidiphtheritischem Serum eintretenden. In einigen Fällen letzter Art verschwand unter Verabreichung von Calciumchlorid die Urticaria schnell.

Elb (4) theilt 3 auf der Berliner I. medicinischen Universitätsklinik beobachtete Fälle von Nierenblutung mit, von denen 2 Beispiele der „renalen Hämophilie" abgeben. Sie betrafen 2 (26 resp. 36jähr.) Mitglieder von Bluterfamilien, welche ausser anderen Symptomen des Bluterthums wiederholt länger dauernde Hämaturie, bisweilen unter acutem Eintritt mit Nierencoliken zeigten; die vorläufige Besserung erfolgte das eine Mal ohne eingreifende Behandlung, das andere Mal unter lauen Bädern mit kalten Uebergiessungen. Der 3. Fall (22jähr. Mann) bot dagegen keine Zeichen von allgemeiner Hämophilie, sondern nur wiederholte Nierenblutungen, von denen er nach cystoscopischer Constatirung der Einseitigkeit der Blutung durch Exstirpation der betreffenden Niere geheilt wurde: das Organ erwies sich auch microscopisch intact. — Im Anschluss citirt E. die verwandten Literatur-Mittheilungen: für die „renale Hämophilie" den von Senator zuerst mit dieser Bezeichnung belegten Fall (s. Jahresber. f. 1891. Bd. II. S. 278); für die übrigen „Nierenblutungen ohne organische Grundlage" eine Reihe von Fällen (Sabatier, Schede, Israel, Broca, Legueu etc.), bei denen theils die Exstirpation, theils die blosse Freilegung resp. Incision der Niere die Diagnose aufklärte und die Blutungen heilte. — Als renale Hämophilie hält er nur diejenigen dieser Fälle zu bezeichnen für erlaubt, welche bei notorischen Blutern vorkommen. Von den übrigen erklärt er die mit heftigen Schmerzen verlaufenden für die „Néphralgie hématurique" einiger französischer Autoren; die schmerzlosen (darunter obigen 3. Fall) fasst er als Folgen von Blutgefässabnormitäten oder vasomotorischen Nervenstörungen auf. — Für die practische Diagnose solcher Fälle kommt es zunächst darauf an, Krankheiten, wie acute resp. suppurative Nephritis, Nierentumor, Nierentuberculose, Nierensteine etc. auszuschliessen. — Die heilende Wirkung einfacher Freilegung oder Incision der Niere möchte E., ausser durch Circulationsänderungen u. Aehnl., zum Theil auch durch Suggestion erklären.

VI. Carcinose.

Epstein, J., Blutbefunde bei metastatischer Carcinose des Knochenmarkes. Zeitschr. für klin. Medic. Bd. 30. S. 121. (Derselbe Inhalt wie in der im Jahresber. f. 1895. Bd. II. S. 55 referirten Mittheilung.)

VII. Morbus Addisonii.

1) Auld, A. G., A third report on the suprarenal gland and the causation of Addison's disease. Brit. medic. Journ. July 4. — 2) Hansemann, D., Ein seltener Fall von Morbus Addisonii. Berl. klin. Wochenschr. No. 14. — 3) Oestreich, R., Operative Heilung eines Falles von Morbus Addisonii. Zeitschr. für klin. Medic. Bd. 31. S. 123. — 4) Sibley, Knowsley, A case of Addison's disease; necropsy. Lancet. May 23. (Einfacher Fall: 20jähr. Mädchen, seit 4 Monaten abnorme Hautpigmentirung, jetzt mulattenfarbig; seit 2 Monaten Erbrechen und zunehmende Schwäche; Tod im Collaps. Körper gut genährt. Beide Nebennieren von normaler Grösse, aber sehr hart, nur aus fibrösem und käsigem Gewebe bestehend; auf chemischem Wege ist kein wirksamer Extract aus ihnen zu erhalten; keine Tuberkelbacillen in ihnen gefunden.) — 5) Bradbury, S. B., A case of Addison's disease without pigmentation: necropsy. Lancet. Octbr. 3. (Notizen über einen Fall von Morb. Addison. ohne Broncirung. 30jähr. Mann, seit 4 Monaten Cardialgie, hartnäckiges Erbrechen, Kräfteverlust, plötzlicher Tod. Beide Nebennieren vergrössert und mit der Umgebung verwachsen, mit Tuberkeln durchsetzt. Nirgends abnorme Pigmentirung.) — 6) Davis, A. N., A case of carcinoma of the suprarenal capsule; necropsy. Ibid. (Notizen über einen Fall von Nebennieren-Carcinom. 32j. geisteskranke Frau mit auffallender Haarentwicklung an den unteren, zum Theil auch an den oberen Extremitäten und im Gesicht. Schmerzen im Leib und schneller Kräfteverfall. — Rechte Nebenniere in einen grossen, weichen, gelblichen carcinomatösen Tumor verwandelt; secundäre Knoten in der Leber. Keine Broncefärbung.) — 7) Murrell, W., Case of Addison's disease treated unsuccessfully with suprarenal capsules. Lancet. Febr. 1. — 8) Francis, L. A., Suprarenal extract in Addison's disease. Brit. med. Journ. May 2. — 9) Tonoli, St., Intorno ad un caso di morbo d'Addison curato colla polvere di capsule surrenali. Gazz. med. Lombard. No. 33.

In Fortsetzung seiner früheren Mittheilungen (s. Jahresber. f. 1894. Bd. II. S. 61) bestätigt Auld (1) durch neue Beobachtungen, dass der für die Function der Nebenniere wesentliche Theil ihre Marksubstanz ist, welche eine in das Blut übergehende „colloide" Substanz secernirt. Nach zahlreichen an Menschen und verschiedenen Thieren angestellten Untersuchungen beschreibt er genauer den Bau und die Zellthätigkeit der Marksubstanz. Dabei wird betont, dass die thätigsten Secretionszellen in der der Zona reticularis der Rindensubstanz benachbarten Schicht der Marksubstanz liegen, dass sie daselbst in Form theils von Cylindern, theils

von Alveolen in das Netzwerk der Blutgefässe der Art eingelagert sind, dass jede Zelle mit einem Blutgefäss direct in Berührung steht. Auf diese Weise gelingt es, an den Zellen sowohl den in das Blut hineingehenden Secretionsstrom, wie auch die Resorption gewisser Substanzen aus dem Blut zu beobachten; zu letzteren gehören namentlich die Pigmentpartikel, welche in den Zellen anscheinend zu farblosen Chromogenen umgewandelt werden. Das frische Zellsecret ist flüssig, nimmt aber im Blut unter Umständen die Form colloider Massen an. Bei gewissen krankhaften Zuständen, zum Theil aber auch unter anscheinend normalen Verhältnissen verwandeln sich auch viele Markzellen in colloidartige, kugelige Körper. Auch finden sich unter ähnlichen Umständen oft hyaline und homogene Thromben in den Blutgefässen der Marksubstanz.

Nach Bemerkungen über die mangelnde Constanz der Beziehungen zwischen Nebennieren - Erkrankungen und Morb. Addisonii hebt Hansemann (2) kurz den Zusammenhang von Aplasie der Nebennieren und Broncekrankheit hervor: Bei der angeborenen, mit Anencephalie zusammenhängenden Nebennieren-Atrophie (von der H. 8 Fälle untersuchte) findet sich nie eine Spur von Morb. Addisonii. Dagegen theilt er den Fall eines 30jähr. Mannes mit, welcher mit mässig stark entwickelter Hautbroncirung kachectisch starb, und bei dem die Section als Hauptbefund an beiden Nebennieren auffallende Verringerung des Dickendurchmessers und völliges Fehlen der gelben Rindensubstanz ergab.

Die operative Heilung eines Morbus Addisonii nimmt Oestreich (3) für folgenden Fall an: Bei einer Frau, deren eine Lungenspitze die Symptome eines alten Infiltrationsherdes zeigte, und die an starker Kachexie und Muskelschwäche, Verdauungsbeschwerden, Magen- und Kreuzschmerzen litt, fand sich ein kleinapfelgrosser Tumor in der Magengegend. Derselbe wurde exstirpirt und nach guter Heilung der Operationswunde waren die genannten Beschwerden verschwunden, Kräfte und Körpergewicht nahmen in den folgenden $^3/_4$ Jahren dauernd zu. Der Tumor ergab sich als eine von einer fibrösen Hülle umschlossene tuberculös degenerirte Nebenniere, deren Marksubstanz fast ganz zerstört war. — Die Diagnose eines Morb. Addison. hält Oe. trotz der fehlenden Broncirung hier für sicher; es wird eine einseitige Nebennieren - Erkrankung angenommen. Für den Vorgang der Heilung kann eine compensatorische Hypertrophie der gesunden Nebenniere angenommen werden; doch erscheint diese Annahme nicht einmal erforderlich.

Ueber Versuche einer Anwendung der Organtherapie auf die Addison'sche Krankheit (vergl. auch Jahresber. f. 1895. Bd. II. S. 56) berichten einige Beobachter:

In dem von Murrell (7) mitgetheilten Fall blieb diese Behandlung ohne Erfolg: Der 31jähr. Kranke zeigte seit 3—4 Monaten characteristische Hautverfärbung, Erbrechen und Abnahme des Körpergewichtes. Zunächst wurden 3 Wochen lang Tabletten von Nebennieren-Extract (3 mal täglich 1 Tabl. à 5 grains Extract), dann 14 Tage lang frische Nebenniere vom Schaf resp. Kalb verabreicht. Doch nahmen während dieser Zeit sowohl Hautpigmentirung, wie Erbrechen und Abmagerung zu und der Tod erfolgte bald darauf. Die Nebennieren waren stark vergrössert und zu fibröskäsigen Massen degenerirt, das linke Semilunar-Ganglion verdickt.

Besseren Erfolg zeigte der Nebennieren-Extract in dem von Francis (8) beobachteten Fall, an welchem er vorübergehende Besserung hervorbrachte, ohne allerdings den schlimmen Ausgang abwenden zu können. Bei dem 25jährigen Kranken bestand Broncefärbung mit Erbrechen und Körperschwäche seit $^3/_4$ Jahren; unter Gebrauch von Nebennieren-Tabletten (3—6 täglich) nahmen Pigmentirung und Erbrechen $2^1/_2$ Monate hindurch ab, gleichzeitig das Körpergewicht zu; dann trat Verschlimmerung mit baldigem Tod ein.

Auch Tonoli (9) sah Besserung unter Nebennieren-Behandlung bei einem 20jährigen Mädchen, das seit 1 Jahr Pigmentirung von Haut und Schleimhäuten und andere Krankheitssymptome zeigte. Dieselbe erhielt Pulver von Nebennieren in Dosen von 0,2 bis 2,6 g täglich. Dabei nahmen in ca. 6 Wochen die Broncirung, Abmagerung, Cardialgie, ischiadische Schmerzen eines Beines etc. gut ab; anscheinend beruhte dies nicht auf spontaner Remission.

VIII. Morbus Basedowii.

1) Kinnicutt, Fr., The theory of the thyroid origin of Graves' disease, with its bearing on the surgical treatment of the disease. New York med. Record. April 18. — 2) Mattiesen, E., Ein Beitrag zur Pathologie, pathologischen Anatomie und chirurgischen Behandlung des Morbus Basedowii. Inaugur.-Dissertat. Erlangen. 66 Ss. — 3) Starr, M. Allen, On the nature and treatment of Exophthalmic Goitre, with special reference to the thyroid theory of the disease and to the treatment by thyroidectomy. Americ. Med. News. April 18. — 4) Gerhardt, C., Ueber das Verhalten der Körperarterien bei Basedow'scher Krankheit. Mittheil. a. d. Grenzgebiet. der Medic. und der Chirurgie. Bd. I. S. 135. — 5) Lemke, F., Ueber Frühdiagnose und Theorie des Morbus Basedowii. Münch. med. Wochenschrift. No. 15. — 6) Williamson, R. T., Remarks on prognosis in Exophthalmic Goitre. Brit. med. Journ. November 7. — 7) Jaboulay, La régénération du goitre extirpé dans la maladie de Basedow et la section du sympathique cervical dans cette maladie. Lyon médic. No. 12. — 8) Derselbe, La section du sympathique cervical dans l'Exophthalmie. Ibid. No. 22. — 9) Hösslin, R. v., Neues zur Pathologie des Morbus Basedovii. Münch. med. Wochenschr. No. 2. — 10) Martius, F., Was ist die Basedow'sche Krankheit? Berlin. Klin. No. 95. Berlin. — 11) Bettmann, F., Ein Fall von Morbus Basedowii mit Diabetes mellitus. Münchener medic. Wochenschr. No. 49 u. 50. — 12) Hannemann, O., Ueber Glycosurie und Diabetes mellitus bei Basedow'scher Krankheit. Inaug.-Dissert. Berlin. 28 Ss. (Neuer Fall von Combination von Morb. Basedowii und Diabetes bei einer 31jähr. Frau; der Diabetes trat hier zu einer älteren Basedowschen Krankheit hinzu und verlief recht schnell; auch bildete sich eine frische Endocarditis aus. — Im Ganzen sammelt H. von verwandten Fällen aus der Literatur 15 (vergl. Jahresber. f. 1892. Bd. II. S. 260), und zwar 13 Frauen und 2 Männer. — Ob für beide Leiden die

Ursache in Sympathicus-Erkrankung oder in localer Störung des Centralnervensystems (Medulla oblongata) zu suchen ist, lässt er offen.) — 13) Silex, Ein Fall von Morbus Basedowii, geheilt durch Thyreoidintabletten. (Berlin. Medic. Gesellschaft.) Berlin. klin. Wochenschr. No. 6. (Notiz über einen Fall von Morb. Basedow. bei einer 40jähr. Frau, welcher, gegen die Mehrzahl der bisherigen Erfahrungen, nach Gebrauch von Thyreoidin-Tabletten, anfangs zu 6 täglich, in 3 Monaten fast ganz zurückging: Puls früher 160, jetzt 90—96; Halsumfang früher 35, jetzt 33 cm; Exophthalmus, Tremor der Hände etc. verschwunden.) — 14) Edes, R., Exophthalmic Goitre treated with animal extract and especially extract of Thymus. Boston Journal. Januar 23. — 15) Maude, A., Notes on the treatment of Graves's disease by thymus gland. Lancet. July 18. — 16) Gioffredi, C., La sieroterapia nella malattia di Flajani. Medicin. Contemporan. Ann. VII. No. 4.

Kinnicutt (1) bespricht die Theorie des thyroidalen Ursprunges der Basedow'schen Krankheit und hebt als Momente, die jene stützen, hervor: 1. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Schilddrüse bei der Krankheit; diese zeigen nach neuen Erfahrungen hauptsächlich den Typus wahrer Hyperplasie (vergl. Greenfield, Jahresber. f. 1893. Bd. II. S. 76; u. A.), aber auch die Form anderweitiger Strumen, Schilddrüsen-Neoplasmen etc., ohne dass zwischen beiden Gruppen nach K. ein strenger Unterschied zu machen ist. — 2. Den Gegensatz der Symptomenbilder Myxödem und Morb. Basedow. — 3. Die beobachteten Fälle von Entwickelung eines Myxödem nach oder neben Basedow'scher Krankheit. — 4. Die Wirkung des Schilddrüsenextractes; dieselbe zeigt bei Gesunden und Myxödem-Kranken unter Umständen direct Basedow'sche Symptome, während die Einwirkung bei Basedow-Kranken noch zweifelhaft ist. — 5. Die günstige Beeinflussung der Krankheit durch Mittel, welche die Schilddrüse zu verkleinern und ihre Thätigkeit zu vermindern suchen: wie Belladonna, Jodquecksilbereinreibung, Partialexstirpation (resp. Ligatur der Schilddrüsenarterien). — Die zur Entstehung der Krankheit nöthige Mitwirkung einer neurotischen Prädisposition wird gebührend betont. — Zur Beurtheilung der bisher erreichten Erfolge der chirurgischen Schilddrüsenbehandlung hat K. eine Tabelle von 187 operirten Fällen von Morb. Basedow. zusammengestellt. Dieselbe ergiebt 13 Todesfälle (= ca. 7 pCt.); 60 Fälle als geheilt, 47 als gebessert, 11 als ungebessert; bei 25 ist der Erfolg unbekannt geblieben. Dazu kommen 51 als theils gebessert, theils geheilt angegebene (Kocher'sche) Fälle. — Mit Rücksicht auf die angegebene Sterblichkeit, sowie auf die Häufigkeit der ohne Eingriff stattfindenden Heilung des Morb. Basedow. hält K. die Operation erst dann für indicirt, wenn die anderweitige Behandlung genügend versucht und erfolglos geblieben ist..

Eine ähnliche statistische Zusammenstellung giebt Mattiesen (2) über 117 aus der Literatur gesammelte Fälle von Morb. Basedow., die mit Schilddrüsenoperation behandelt wurden. Es ergaben sich 52 Fälle als geheilt, 27 als bedeutend gebessert, 10 als unwesentlich beeinflusst, 14 als unbeeinflusst, 7 starben, 7 mal blieb der Erfolg unbekannt. Oder abgerundet: 47,2 pCt. Heilungen, 33,7 pCt. Besserungen, 19,1 pCt. Misserfolge. — Daran knüpft er die Krankengeschichten von 3 auf der Erlanger Medic. Klinik beobachteten, operativ behandelten Basedowfällen, von denen 2 letal, der 3. mit Heilung verlief. Bei dem einen der gestorbenen Fälle waren vorher sehr verschiedene Behandlungsmethoden, darunter auch Schilddrüsen- und Thymus-Fütterung, ohne Erfolg versucht worden. — Aus den Sectionsbefunden, welche mit den sonst bisher bekannt gewordenen verglichen werden, sei abnorm grosse Thymus, mässige Vergrösserung gewisser Lymphdrüsen und kleine Leber hervorgehoben. Die microscopische Untersuchung der vergrösserten Schilddrüse ergab eigenthümliche schlauch- und zapfenartige Verzweigung der Acini, lebhafte Zellwucherung und in den Follikeln spärlichen, blass krümeligen Inhalt. Am Nervensystem fanden sich gewisse Veränderungen, namentlich am Rückenmark Erweiterung des Centralcanales, von gliösem Gewebe umgeben, und Faserausfall in den motorischen Bahnen; doch werden diese Vorgänge von der allgemeinen Ernährungsstörung abgeleitet. — M. fasst seine Schlüsse folgendermaassen zusammen: 1. Die Exstirpation der Struma ist in den schweren Fällen von Basedow'scher Krankheit zu bedenken; die Vortheile der Ectomie, event. der Arterienligatur sind durch weitere Erfahrungen darzuthun. 2. Die Basedow-Struma unterscheidet sich von anderen Kröpfen durch die Eigenart ihrer Zellwucherung, sowie durch das veränderte und reducirte Colloid. 3. Veränderungen am Nervensystem sind nicht als primäre Momente in der Pathogenese des Morb. Basedow. aufzufassen, sondern stets secundär entstanden.

Starr (3) ist ein Anhänger der Theorie, welche den Morb. Basedow. von einer Hyperactivität der Schilddrüse ableitet. Als Stütze dieser Anschauung führt er, wie Andere, den zwischen dem Bild des Myxödem und der Basedow'schen Krankheit bestehenden Contrast, den er in Bezug auf Schilddrüse, Augen, Herz und Gefässe, Haut, Körpertemperatur und psychisches Verhalten durchgeht, und die Wirkung des Schilddrüsenextractes bei ersterer von beiden Krankheiten an; ebenso die bei Morb. Basedow. gefundenen pathologisch-anatomischen Veränderungen der Schilddrüse. Auch in Bezug auf die Behandlung sucht er darzuthun, dass gewisse bei der Krankheit günstig wirkende Mittel, wie Belladonna, Körperruhe, Electricität etc. die Schilddrüsen-Thätigkeit herabzusetzen geeignet sind. Ebenso sprechen die bekannt gewordenen Verschlimmerungen der Krankheit durch Darreichung von Schilddrüsenextract für die in Rede stehende Ansicht, während die Angaben über Besserung unter derselben Behandlung noch unsicher und die Erfahrungen über Einwirkung von Thymus-Extract in der Deutung zweifelhaft sind. Aehnliches schliesst er aus den Erfolgen der operativen Schilddrüsenbehandlung (Ectomie, resp. Arterienligatur oder „Exo-thyro-pexie“). Er hat 190 operative Fälle aus der Literatur gesammelt: Hiervon starben 23 unmittelbar nach der Operation (wofür eine excessive Resorption des bei der Operation vermehrt gelieferten Schilddrüsen-

Secretes als Ursache angenommen wird); 74 werden als geheilt, 45 als gebessert, 3 als ungebessert angegeben. Er hält die Operation in schweren und hartnäckigen Fällen nach Fehlschlagen anderweitiger Behandlung für indicirt.

In einigen Bemerkungen betont Gerhardt (4) die vorwiegende Betheiligung des Gefässsystems in dem Symptomenbild der Basedow'schen Krankheit. Namentlich weist er auf die schon von älteren Beobachtern (Friedreich) hervorgehobene nicht seltene Aehnlichkeit der dabei an den Körperarterien auftretenden Erscheinungen mit denen der Aorten-Insufficienz hin: Abnormes Pulsiren und Tönen kleinerer Arterien, Doppelton an der Cruralis, Capillarpuls, Pulsation der Milz, der Leber, mitunter selbst der Nieren. Diese Erscheinungen sind häufig in diagnostischer, auch in pathogenetischer Beziehung zu verwerthen. Namentlich sprechen sie nach G., da sich oft die übrigen Blutgefässdrüsen, besonders die Milz weit mehr als die Schilddrüse verändert zeigen, gegen die Theorie, welche die Krankheit von letzterer allein ableiten will, und für eine krankhafte Störung des Nervensystems.

Im Anschluss an frühere Mittheilungen (s. Jahresbericht f. 1891. Bd. II. S. 319; 1892. Bd. II. S. 278 und 1894. Bd. II. S. 63) betont Lemke (5) von Neuem den Standpunkt, wonach der Morb. Basedowii keine Nervenkrankheit, sondern eine durch Giftabsonderung der Schilddrüse hervorgebrachte Dyscrasie ist und dementsprechend mit partieller Struma-Exstirpation behandelt werden muss. Als nothwendige Symptome der Krankheit sieht er wie früher nur Tachycardie und Tremor an. Er belegt dies durch 2 neue Fälle, bei welchen zunächst nur Delirium cordis und ein Tremor stärksten Grades (Schwanken und Vibriren des ganzen Körpers bei Bemühung, still zu stehen) bestanden, wozu allmälig in dem einen Fall Struma, in dem anderen Exophthalmus trat. — Er stellt weiter die Theorie auf, dass das Gift der Schildrüse ein specifisches Muskelgift sei, welches die Muskelcontractionen klein und oberflächlich und die Muskelaction im Ganzen langsam und unsicher macht. Hieraus will er, ausser Tachycardie und Tremor, auch den Exophthalmus (Verlängerung der Augenmuskeln), das Gräfe'sche und das Stellwag'sche Phänomen (Unsicherheit des Sphincter palpebr.) etc. erklären. — Die empirische Vermeidung der Schilddrüse als Nahrungsmittel, sowie die Besserung der Symptome durch Tonisirung wird zur Stütze der Anschauungen herangezogen. — Bisher hat L. 17 Fälle operativ behandelt und will „mit den Resultaten durchaus zufrieden" sein.

Im Hinblick auf die Wichtigkeit genauerer Kenntnisse über die Prognose des Morb. Basedow., besonders auch für die Beurtheilung therapeutischer Erfolge (z. B. der neuerdings empfohlenen chirurgischen Eingriffe), giebt Williamson (6) statistische Notizen über den Verlauf von 50 nicht eingreifend behandelten Krankenhausfällen, von denen jedoch nur 32 weit genug verfolgt werden konnten. Von diesen starben 6 (4 während der Krankenhausbehandlung, 2 später; Krankheitsdauer von 7 Monaten bis zu 4 Jahren wechselnd); 5 wurden vollständig geheilt, 2 beinahe geheilt (nach 17 resp. 7 Jahren), 5 beträchtlich gebessert (nach 2 bis $9^1/_2$ Jahren), 7 leicht gebessert (nach 1—7 Jahren) und 6 waren unverändert (nach 2—9 Jahren).

Während bei gewöhnlicher Struma nach partieller Exstirpation die zurückbleibende Masse zu atrophiren pflegt, beobachtete Jaboulay (7) bei Morb. Basedow. das Gegentheil. In einem Fall der Krankheit vergrösserte sich nach Exstirpation des rechten Schilddrüsenlappens nach einiger Zeit der linke derartig, dass auch er entfernt werden musste, und hierauf in gleicher Weise der Mittellappen. Gleichzeitig verschlimmerten sich die Symptome, namentlich der Tremor, die nach den Einzelexstirpationen nachliessen, mit dem Anwachsen des Restes wieder. — Bei einer anderen Kranken versuchte J., nach 5maliger ebenso ungenügend einwirkender Partial-Exstirpation der Schilddrüse, die Durchschneidung des Hals-Sympathicus zwischen oberem und mittlerem Ganglion. Die darauf eintretende Verminderung des Exophthalmus blieb constant, während die anderen anfangs ebenfalls verringerten Beschwerden (Palpitationen und Tremor) nach 3—4 Wochen, mit gleichzeitigem Anwachsen der Struma, wieder zunahmen.

Bei 2 anderen Fällen, in welchen Derselbe (8) die Durchschneidung des Hals-Sympathicus (auch zwischen oberem und mittlerem Ganglion) ausführte, trat das Zurückgehen des Exophthalmus ebenfalls ein, jedoch auf einem Auge bedeutend stärker als auf dem anderen. Dabei wurde in dem einen Fall der Sympathicus doppelseitig durchschnitten; trotzdem ging der Exophthalmus links viel weniger als rechts zurück. Bei dem anderen Fall fand die Durchschneidung rechts statt; auf derselben Seite trat das Auge mehr als links zurück.

Aus den Symptomen eines 6 Jahre hindurch beobachteten Falles von Morb. Basedow. hebt v. Hösslin (9) folgendes Bemerkenswerthe hervor: Die Pulsfrequenz zeigte constant rhythmische Schwankungen der Art, dass der Morgenpuls den Abendpuls um so mehr überstieg, je höher dieser war (z. B. Morg. 160, Ab. 130; Morg. 105, Ab. 95). — Neben der habituellen Tachycardie traten häufig tachycardische Anfälle ein, an Dauer von einigen Stunden bis zu mehreren Wochen wechselnd, mit Pulszahlen von 200—250. Dieselben zeichneten sich durch ein ganz plötzliches, ruckweises Einsetzen und Aufhören aus, das von Angst und oft von dem Gefühl einer besonders heftigen Herzcontraction begleitet war. In eigenthümlicher Beziehung zu diesen tachycardischen Anfällen stand die Struma, welche regelmässig während derselben abnahm (auf der Höhe des schwersten Anfalles sogar ganz verschwand), nach Schluss der Anfälle aber immer wieder anschwoll. — Eine sehr bedeutende Hypertrophie und Dilatation des Herzens mit (relativer) Mitral-Insufficienz, welche sich im Lauf der Krankheit ausbildete, ging mit der Heilung vollständig zurück. — Eine begleitende Leukoplasie der Zunge lief den Schwankungen der Krankheit an Heftigkeit parallel. — Für die Behandlung wird der Nutzen der Opium-Clystiere (20—30 Tropfen der

Tinct. op. simpl.) gegen die tachycardischen Anfälle und die gute Wirkung einer vegetarischen Diät erwähnt. — In Bezug auf das Wesen der Krankheit weist nach H. die constante Abnormität des psychischen Verhaltens, die Analogie mit der Hysterie etc. auf die Auffassung derselben als Neurose hin.

Nach Bettmann (11) ist es bei einem Theil der in der Literatur mitgetheilten Fälle von Complication des Morbus Basedowii mit Glycosurie zweifelhaft, ob letztere wirklichen Diabetes oder nur gesteigerte alimentäre Glycosurie (vgl. Kraus u. Ludwig, Jahresbericht f. 1891. Bd. II. S. 270, und Chvostek, Jahresbericht f. 1892. Bd. II. S. 278) darstellt. Er theilt einen neuen einschlägigen Fall aus der Heidelberger medic. Klinik mit, eine 54jähr. Frau betreffend, bei welcher die Basedow'sche Krankheit den diabetischen Symptomen eine Reihe von Jahren vorausging. Erstere zeigte fast sämmtliche bekannte Erscheinungen der Erkrankung, darunter von weniger gewöhnlichen auch Veränderung der Hautpigmentirung, Diarrhöen, Pupillendifferenz, Venenpuls der Retina, Verminderung des electrischen Hautleitungswiderstandes, geringe inspiratorische Erweiterungsfähigkeit des Thorax etc. — Die Zuckerausscheidung erwies sich als wahrer Diabetes (leichter Art) durch die vor Einleitung der antidiabetischen Behandlung vorhandene Constanz, zum Theil mit Ueberschuss der Ausscheidung über die Summe der eingeführten Kohlehydrate, durch das Wiedererscheinen nach sehr geringen Kohlehydrat-Mengen (nicht nur nach Zucker) und durch gleichzeitiges Auftreten von Acetessigsäure im Urin. — Im Blut ergab sich während der antidiabetischen Behandlung nach jeder Aufnahme von Kohlehydraten, die zu stärkerer Zuckerausscheidung führte, eine auffallende vorübergehende Verminderung der Leukocyten-Zahl. Das von anderen Beobachtern (s. Bremer, Jahresber. f. 1894. Bd. II. S. 52, und Williamson, oben Diabetes No. 11) angegebene abweichende tinctorielle Verhalten des Blutes gegen Methylenblau und Eosin wurde auch hier gefunden. — Therapeutisch war Opium gegen die beiderseitigen Symptome von Erfolg. — Es wird betont, dass die Combination der Erscheinungen keine Schlüsse auf ursächliche (bulbäre) Momente gestattet.

Einige weitere Versuche über die neuerdings empfohlene Thymus-Behandlung der Basedow'schen Krankheit (vgl. Jahresber. f. 1895. Bd. II. S. 60) werden mitgetheilt: Edes (14) sah bei einem Fall, welcher vorher subcutane Injectionen von Milz-Extract ohne günstigen Einfluss erhalten hatte, unter mehrmonatlichem Gebrauch von Kapseln mit getrocknetem Thymus-Extract beträchtliche Besserung aller Beschwerden, auch Verkleinerung der Schilddrüse eintreten. — In 4 Fällen, über welche Mande (15) Notizen giebt, war die Thymus-Behandlung (meist Thymus-Tabletten, event. auch Fluid extract von Thymus) ebenfalls von durchweg guter Wirkung, wenn auch für 3 derselben der Erfolg nicht gerade denjenigen anderer Behandlungsarten besonders zu übertreffen schien. Vorzugsweise schien das Mittel die gastro-intestinalen Beschwerden, den Tremor, die allgemeine Muskelschwäche und die psychischen Erscheinungen zu bessern. Die Grösse der Schilddrüse änderte sich während der Behandlung nicht. Nachtheile wurden von letzterer, auch bei grossen Dosen des Mittels, niemals gesehen.

Auch über einen Versuch, die Serumtherapie in die Behandlung der Basedow'schen Krankheit einzuführen, berichtet Gioffredi (16): Auf die Anschauung hin, dass bei der Krankheit eine auf gesteigerter Schilddrüsen-Thätigkeit beruhende Autointoxication vorliegt, wurde (nach dem Vorschlag französischer Autoren) auf der Medic. Klinik von Neapel eine Basedow-Kranke mit Injectionen eines entsprechenden Heilserum behandelt. Letzteres gewann G. von Hunden, an denen die Thyroid-Ectomie ausgeführt war, genügende Zeit nach der Operation; die Kranke erhielt zweimal eine Reihe von Wochen hindurch tägliche Injectionen. Die Erfolge waren zufriedenstellend: Subjective Beschwerden und Tremor verschwanden fast ganz, die Tachycardie nahm bedeutend, der Exophthalmus ein wenig ab. Die Struma blieb unverändert, und bei Aussetzen der Injectionen trat wieder Verschlimmerung ein.

Psychiatrie

bearbeitet von

Prof. Dr. H. EMMINGHAUS in Freiburg i. B.

I. Pathologie. Symptomatologie. Diagnostik. Prognostik.

A. Allgemeines*). Lehrbücher.

1) Kraepelin, E., Psychiatrie. 5. Aufl. Leipzig. — 2) Clouston, T. S., Clinical lectures on mental diseases. 4. ed. London. — 3) Wernicke, C., Grundriss der Psychiatrie. 2. Theil. Die paranoischen Zustände. Leipzig. — 4) Becker, Th., Einführung in die Psychiatrie. Leipzig. — 5) Dornblüth, O., Gesunde Nerven. Rostock. — 6) Roubinowitsch, J., Des variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne. Paris. — 7) Flechsig, P., Gehirn und Seele. 2. Aufl. Leipzig. — 8) Derselbe, Die Localisation der geistigen Vorgänge, insbesondere der Sinnesempfindungen des Menschen. Leipzig. — 9) Derselbe, Die Grenzen geistiger Gesundheit und Krankheit. Leipzig. — 10) Kirchhoff, Neuere Ansichten über die örtliche Grundlage der geistigen Störungen. Halle. — 11) Wernicke, C., Psychiatrische Abhandlungen. 1. u. 2. H. Breslau. — 12) Kraepelin, E., Psychologische Arbeiten. 1. Bd. 4. (Schluss-) H. Leipzig. — 13) Hoch, A., Kraepelin on psychological experimentation in psychiatry. Amer. Journ. of insan. Jan. (Auf K.'s vorjährigen Ber. I. A. 8 erwähnte Schrift bezüglich.) — 14) Hallervorden, Klinische Psychologie, die Vorstufe der Psychohygiene. Deutsche med. Wochenschr. No. 41. („Kl. Psych." für den Mediciner, Vermittlungswissenschaft 1. zur Hygiene, 2. zur Pathologie, 3. zur Therapie, 4. zu anderen „anthropologischen" Berufen: Pädagogik, Criminalistik, Seelsorge, „Soldatenstand", gewissen Verwaltungszweigen, Richterstand etc., 5. zur Anthropologie und Ethnologie; vgl. Orig.) — 15) Stanley Hall, G., Psychological education. Amer. Journ. of ins. Oct. p. 228. (Unterricht der Mediciner an der Universität in der Psychol., besonders in allg. Philosophie, allg. Biologie, allg. Anthropologie, einschliessl. der criminellen und infantilen, neben Neurologie und Psychiatrie empfohlen.) — 16) Dedichen, H., Fra Rotwöld Asyl. Psychiatriske Meddelser. 1. Omstridte Fundamentals-porgimaal (Sur une question de psychiatrie encore litigieuse). N. Mag. f. Laegev. No. 8. 1895. (Tritt ein für Unabhängigkeit der Psych. als Wissensgebiet für sich, das sich gründet auf die Fortschritte der psychphys. Beobachtung, vergleichende und pathol.-anatomische Forschung, Erforschung der Entwickelungsvorgänge, Erforschung der Erblichkeit und Gewebserneuerung bei Gesunden und psych. Kranken; fordert speciell Loslösung der Psych. von Einflüssen der Theologie und solchen der nicht specialistischen Medicin.) — 17) Ireland, W. W., Torqato Tasso and his biographies. Journ. of ment. sc. July, Oct. (Nicht, wie behauptet, Melanchol. oder circul. Irresein sei T.'s Geisteskrankheit gewesen, sondern wohl Paranoia wegen der Exaltationen, der Halluc. und Verfolgungswahnvorstellungen.) — 18) Godding, W., Then and now being pictures of the past. Amer. Journ. of insan. Oct. (Erinnerung an die hervorragendsten Theilnehmer an der Versammlung amerikanischer Psychiater zu Batfort 1870.) — 19) Meilhon, L'aliénation mentale chez les Arabes. Ann. méd.-psych. 8. Sér. T. III. p. 17. 117. 364. T. IV. p. 27. 204. 344. — 20) Cowles, The advancement of psychiatry in America. Amer. Journ. of insan. Jan. (Handelt 1. von den amerikan. Hospit. und deren Verwaltung, 2. von den Beziehungen der Psych. zur allg. Medicin, 3. von der Förderung der Hospitalbehandlung des Irreseins.) — 21) Tigges, Bericht über die neueren Erörterungen betreffs Zunahme der Geisteskrankheiten in England, Schottland und Ireland. Zeitschr. f. Psych. 52. S. 1169. (Eine geringe Zunahme der Erkrankungen ist nur in Ireland nachweisbar.) — 22) Chapman, T. A., Insanity is decreasing. A statistical item suggesting that. Journ. of ment. sc. Jan. (Die Geisteskrankheiten, Paralyse ausgenommen, scheinen in England in Abnahme begriffen zu sein.) — 22a) Sanborn, T. B., The present status of insanity in Massachusetts. Amer. Journ. of ins. April. — 23) Hrdlicka, A., Contributions to general etiology and pathology of the insane. Ibidem. Jan. (Handelt von den ätiol. Beziehungen zwischen Tubercul. und Irresein, von den Störungen des Geruchssinns, dem Verhalten der Reflexe, dem Vorkommen von Farbenblindheit bei Geisteskranken.) — 24) Guicciardi, G. e G. C. Ferrari, I „testi mentali" per l'esame degli alienati. Note di psicopathologia individuale. Riv. di freniatria. XXII. p. 297. (Empfehlung der experimentellen Prüfung 1. der motorischen, 2. der vasomotorischen Phänomene, 3. des Blickfeldes der Aufmerksamkeit, 4. des höheren Vernunftschlussvermögens, der ästhetischen Fähigkeiten, der Vorstellungsassociation, 5. des Zeit- und Raumsinns in allen Fällen, wo genaue Aufnahme des psych. Status möglich. Näheres vergl. Orig.) — 25) Ganser, Ueber die Methode der psychiatrischen Untersuchung. Zeitschr. f. Psych. 52. S. 584. (G. betont die Nothwendigkeit ausschliesslich ärztlicher Untersuchung des Krank. bezüglich seines körperl. und psych., Specialkenntniss der psych. Elem.-Sympt. erfordernden, Verhaltens, wozu oft kurze Frist ausreicht, manchmal lange Zeit nöthig ist. Genaue Anamnese, Erforschung der Erblichkeits-

*) Vgl. auch die anderen Abschnitte, da sich nicht jeder Artikel unbedingt einem Gesichtspunkt allein unterordnet.

Verhältnisse, des Vorlebens sind erforderlich: Gesammturtheil über den Fall nur auf fachmännisch beobachtete Einzelerscheinungen gründbar.) — 27) Hecker, Ueber die Bedeutung des Angstaffectes bei Neurasthenie. Ebendas. 52. S. 1167. — 28) Sanctis, S. de, Emozioni e sogni. Riv. di fren. XXII. p. 566. (Psychol. Studien über Gemüthsbewegungen und Träume.) — 29) Richardson, A. B., The psychic influence of the night season. Amer. Journ. of ins. Oct. (Die normale pessimistisch-grübelnde Stimmung zur Nachtzeit tritt bei Melanchol. vorzugsweise stark in den späteren Nachtstunden ein: Depression dann am stärksten, Hindernisse unüberwindlich erscheinend, Widerstandskraft gegen suicid. Impulse dann besonders gering, daher oft besondere Instructionen an das Wartepersonal nöthig, da eine bestimmte Stunde der Nacht oft das labile psych. Gleichgewicht an sich unglücklich stört und Ursache des Selbstmords wird.) — 30) Campbell, H., Morbid shyness. Brit. med. Journal. Sept. 26. (Verlegenheit, Schüchternheit als Sympt. kommt vor bei Nervosität, psychopath. Anlage, Epilepsie, Neurosen, Hypochondrie. Uebermässig deprimirtes Selbstbewusstsein, auffallende körperliche Anomalien, Unsicherheit im Erkennen von Personen; wichtige Erscheinungen: Erröthen, Hitzegefühl, Oppression, Blässe der Lippen, Gefühl wie wenn kaltes Wasser den Rücken herabliefe, Herzklopfen, Ohnmachtsanwandlungen, Schwindel, alberne Bemerkungen und Handlungen, Schweigen oder Schwatzen, Unruhe der Hände und Beine, Zittern, atactischer Gang, nervöses Lachen, leerer Gesichtsausdruck. Weiteres vgl. im Orig.) — 31) Mc Call, R. M., Abuses in the trial of the suspected insane. Med. and surg. Rep. March. 14. (Erwähnung von 1 Fall von Typhusdelirien, 2 Fällen von Puerperalfieber mit Delirien, die für Geisteskrankheit genommen, internirt wurden, Ermahnung zu diagnostischer Vorsicht in solchen Fällen.) — 32) Drew, C. A., Some thoughts on disordred memory and kindered condition. Med. Rec. Nov. 7. (Nichts Neues.) — 33) Arnaud, Un cas d'illussion de „déja vu" ou „de fosse mémoire" Ann. méd.-psych. 8. Sér. T. III. p. 455. (Fall von Erinnerungstäuschungen. Die leichte, noch normale, plötzlich abbrechende, corrigirbare wird von der schweren, pathologischen, lange dauernden, unvollständig oder nicht corrigirbaren Form der E. unterschieden.) — 34) Brown-Irving. W., The insane diathesis. Illusions, hallucinations and delusions. Med. a. surg. Rep. Novemb. 21. (Nichts Neues.) — 35) Traugott, Beitrag zur Casuistik der isolirten Gesichtshallucinationen. Berl. klin. Wochenschr. No. 28. — 36) Cramer, A., Ueber Sinnestäuschungen bei geisteskranken Taubstummen. Arch. f. Psych. 28. H. 3. (Genauere Ausführung der vorj. Ber. S. 63 refer. Arbeit.) — 37) De Sanctis, Ossessioni e impulsi musicali. Bull. della Soc. Lancisiana. XV. 2. (Zu ganz kurzem Refer. ungeeignet.) — 38) Derselbe, Negativismo vesanico e allucinazioni antagonistiche. Bull. della soc. Lancis. XVI. p. 106. (Ein im Original nachzusehender Fall von hypochondr. Verrücktheit mit obigen Sympt., die Verf. zurückführt auf die primitive, dem menschlichen Denken überhaupt eigenthümliche Neigung zu Bejahung und Verneinung sowohl der fremden wie der eigenen Gedanken. Von den ersteren Fällen augenscheinlicher Spaltung der Persönlichkeit, des Besessenheitswahns, des Verneinungs- [wahrhaft nihilistischen] Wahns gelange man zum Irresein des [episodischen] Widerspruchs oder eines negationssüchtigen Seelenzustandes, der sich nicht nur in der Melancholie, sondern auch bei Pessimisten, Verbrechern, Greisen findet. Es handele sich um abnorme Entwicklung, so zu sagen Ausartung des [normalen] Widerspruchsgeistes [ipertrofia della immagine negative.) — 38a) Derselbe, Sopra uno speciale disturbo dell' attenzione in un degenerato. Ibid. p. 113. (Im Orig. genauer nachzusehender Fall eines 25jähr. mit auffallenden Degenerationszeichen behafteten Mannes, der bei übrigens intacten geistigen Fähigkeiten und voller Krankheitseinsicht sofort unter Sensationen im Kopf und Körper in einen Zustand von Bewusstseinsverdunkelung und Verwirrtheit verfiel, sowie er seine Aufmerksamkeit willkürlich auf ein Object richten musste.) — 39) Köppen, Ueber Gedankenlautwerden. Berliner klinische Wochenschr. No. 19. — 40) Ganser, Ueber Wahnideen. Zeitschr. f. Psych. 52. S. 589. — 41) Aschaffenburg, Die diagnostische Bedeutung der Wahnideen. Ebendas. S. 1158. — 42) Linke, Zur Pathogenese des Beachtungswahns. Ebend. S. 562. — 43) Mader, O., Die Idee der Nothogenesis. Dissert. Freiburg. — 44) Bourdin, V., De l'impulsion, sa définition, ses formes et sa valeur psychologique. Annal. méd.-psych. 8. Sér. T. III. p. 217. — 45) Meschede, Fr., Ueber Echolalie und Phrenolepsie. Zeitschr. für Psych. 53. S. 443. (Vergl. unter „Specielles"). — 46) van Brero, S. C. J., Naar Aanleiding van het Opstel oover „koro" etc. (vergl. „Specielles".) — 47) Derselbe, Koro, eine eigenthümliche Zwangsvorstellung etc. (vergl. „Specielles".) — 48) Derselbe, Sur l'amok etc. (vergl. „Specielles") — 49) Heilbronner, Aphasie und Geisteskrankheit. Wernicke's psychiatr. Abhandl. H. 1. (Genauere Besprechung des Jahrb. 1890 S. 58/59 refer. Falles v. Wernicke mit weiteren Ergebn. der kl. Beob.) — 50) Grasset et Vedel, De l'automatisme psychique (psychisme inferieur — polygone cortical) à l'état psychique et pathologique. Nouv. Montpellier méd. No. 2. (Klin. Vorträge.) — 51) v. Schrenck-Notzing, F., Ueber Spaltung der Persönlichkeit (sog. Doppel-Ich). Wien. — 52) Siemerling, E., Ueber die Veränderungen der Pupillenreaction bei Geisteskranken. Berl. klin. Wochenschr. No. 44. — 53) Hess, Ueber das Ulnarissymptom (Biernacki) bei Geisteskranken. Zeitschr. f. Psych. 52. S. 1154. (Bei 30 männlichen Paralytikern war das U.-S. in 76, 6, bei 12 weiblichen Paralytikern in 50 pCt. vorhanden. Von 100 nicht paralytischen männlichen Geisteskranken hatten nur 16 (2 unsicher), von 100 nicht paralytischen weiblichen Geisteskranken nur 9 (2 unsicher) Ulnar.-Analgesie. (Epilept. vergl. Orig.) — 54) Derselbe, Dasselbe, Deutsch. med. Wochenschr. No. 51. (Genauere Ausführ. des vorig.) — 55) Kellog, Th. H., The disordres of the muscular system in insanity. Med. Rec. August 15. (Bekanntes über Arten und Begründung [i. bald anatom., bald funct. Stör. d. Rinden-Bulbus- u. R. M.-Centren und d. periph. Nerv.] der Muskel-Sympt. bei Geisteskranken, über Wiederspiegelung von Ideenflucht, Aufregung und Verwirrtheit in Muskel-Actionen. Tiefe Zerrüttung der Lebensvorgänge besonders der inneren Organe bei Irren ist begleitet von Störungen der organischen Musculatur. Betonung der Diagnose und prognost. Bedeutung d. Musk.-Sympt.) — 56) Parant, V., Le tremblement gélatineux de la langue chez les aliénés mélancholiques. Ann. méd.-psych. 8. Sér. T. IV. p. 372. (S. unter „Specielles".) — 57) Freund, Demonstration eines Falles von psychischer Lähmung. Zeitschr. f. Psych. 53. S. 179. (Schlaffe totale Monoplegie und absol. Anästhesie im Bereich des rechten Armes mit abnorm empfindlichen Zonen im Bereich der Wirbels., der linken Augen- und Schläfengegend. Hinweis auf eine frühere Mittheilung des Verf.) — 58) Bonhöffer, K., „Seitenstrangerscheinungen" bei acuten Psychosen. Wernicke's psych. Abhandlung. Hft. 2. — 59) Fürstner, Zur Pathologie gewisser Krampfanfälle. Zeitschrift für Psych. 52. S. 1123. (Speciell psychiatrisch ist F.'s Besprechung der epileptischen Insulte, welche im Verlauf von functionellen Psychosen auftreten können. Sie sind nicht immer Zeichen organ. Veränderungen, sondern aufzufassen als besonders hochgradige Steigerungen der überhaupt nicht selten im Verlauf solcher Psychosen auftret. motor. Erscheinungen.) — 60) Liepman, H., Ueber Albuminurie, Albumosurie und andere körperliche Symptome des Delirium tremens. Arch. f. Psych. 28.

H. 2. (Vgl. unt. „Aetiologie".) — 61) Schaefer, A., Stoffwechseluntersuchungen bei abstinirenden Geisteskranken. Zeitschr. f. Psych. 53. S. 523. — 62) Boody, G., The degenerate jaw. Amer. Journ. of ins. Oct. (Notizen über Kieferdeformitäten bei Geisteskranken; Frequenz 52,8 pCt.) — 63) Derselbe, On the study of the palate. Ibid. April. (Hohe Wölbung des Gaumens scheint auf erbliche neuropath. Anlage hinzuweisen. Unter 101 Kr. hatten 15 hohe, 18 theilweise hohe, 4 halbhohe Wölbung, 11 Sattelform, 9 partielle Sattelform, im Ganzen also 66 Abnormitäten des Gaumens aufzuweisen.) — 64) Näcke, P., Vergleich. Untersuchungen über einige weniger beachtete Anomalien am Kopfe. Arch. f. Psych. 28. H. 2. (1. Zahnlücke zwischen d. mittl. Incisivi, 2. zygomat. Jochbeinfalte. 3. Zurückweichender und schiefstehender Unterkiefer, 5. Depressio parieto-occipitalis sind 1. schon mehr oder weniger häufig bei Normalen, zeigen 2. die Tendenz, wenn auch oft nur verschleiert, von den Normalen nach den Geisteskr., Idioten, Epileptikern u. Verbrechern hin an Zahl zuzunehmen, sind 3) für keine einz. Categorie characteristisch, zeigen nur Quantitätsunterschiede.) — 65) Meyer, A., A review of degeneration and of methods of registration. Amer. Journ. of ins. January. (Bekanntes i. kurz. Zusammenstell. Schematische Zeichnungen d. Ohrverbildungen.) — 66) Dana, Ch. L., Deformity and paralysis of the uvula as a stigma of degeneration. Amer. Journ. of insan. April. (D. unterscheidet neben der normalen die rudimentäre, die gespaltene, die doppelte, die verbogene und die verlängerte Uvula als pathol. Varietäten. Er fand bei Gesunden gespalt. U. in 18, b. Neuropath. in 22, b. Irren in 31 pCt. (mit erworb. Formen in 20, mit degenerativ. F. in 54 pCt.), ferner Fehlen der Innervation der Uvula bei Gesunden in 27, bei Irren in 58 pCt., betrachtet daher diese beiden Anomalien als anatomische und physiologische Degenerationszeichen. Torus palatin. fand er bei Gesunden in 15, bei Neuropath. in 20, bei Irren in 22 pCt. (b. degenerativen I. in 33 pCt.) — 67) Neff, J. H., Some cases showing possible physical signs of degeneration. Amer. Journ. of insan. April. (Vgl. unter „Aetiologie".) — 68) Stearns, W, G., A system of obtaining and recording anthropological data — a part of the routine examination of patients on admission at the Illin. Eastern Hospital for the insane. Ibid. Oct. (Schema für die wichtigsten psych. und physischen Anomalien der Kr., Angabe eines Instruments z. Messung d. Gesichtswinkels am Lebenden; vergl. Orig.) — 69) Mc Crown, W. A., Degeneration in criminels as shown by the Bertillon system of mensurement and photographie. Ibid. July. (Criminal-anthropologisch.) — 70) Näcke, P., Die Menstruation und ihr Einfluss bei chronischen Psychosen. Arch. f. Psych. 28. H. 1. (Erweiterung des, Jhb. 1894 S. 247 refer. Vortrags.) — 71) Dawson, W. R., Eccymosis in insanity. Dubl. Journ. 1895. Aug. p. 121. (50jähr. schwer belast. Frau, geröth. Aussehen, Klimax beendet., Mel. mit Wahnvorst. 1—2 mal monatl. hochgrad. Erregung, dabei jedesmal symmetr., verschieden grosse Eruptionen von Erythem bezw. Ecchymosen der meisten Körpertheile u. z. Theil d. Schleimhaut d. Mundes bei stetigem Freibleiben d. Gesichtshaut; Herzaction schwach, kein Fieber, Urin normal, im Blut reichliche „microcyts." Ursachen d. Exanth. nach D. wahrscheinlich gelegentl. Congestionen an degenerirten Blutgefässen ohne directe nervöse Beeinflussung.) — 72) Morton, W. B., Notes on three cases of spontaneous gangrene. Journ. of ment. sc. January. (Psychiatrisch nichts Besonderes.) — 73) Chatelain, Des guérisons tardives. Ann. méd.-psych. 8. Sér. T. III. p. 253. (Kurzer Bericht über 2 Fälle v. spätzeitiger Genesung: 1. nach 9jähr. Melancholie bei einer 46 [bezw. 55] jährigen Frau, 2. bei ein. 53 [bezw. 60] jähr. Mann, dessen Genesung nach mehrfachen Anfällen von Schwermuth 7 Jahre nachher erfolgte und mit dem Schwinden eines Kropfes zusammenfiel. Beide hatten somatisch günstige Gesundheitsverhältnisse und psychisch keinerlei Verfallszeichen dargeboten. Bei 2. war die Genesung 12 Jahre bis zum Tod zuverlässig geblieben.) — 74) Keay, J., A study of forty-four cases of fever occurring in the insane. Journ. of ment. sc. April. p. 267.

Meilhon (19), dessen Arbeit über das (seltene) Vorkommen von Dem. paralyt. bei den Arabern Jahrb. 1891. S. 40/41 referirt wurde, fasst seine Erfahrungen über Seelenstörungen der Araber (einschliesslich der Kabylen) im Ganzen folgendermaassen zusammen: Seelenstörung ist bei den A. Algiers 134 mal seltener als in Frankreich. Fast ohne Belang für diese relative Immunität ist das Klima, wesentlich aber die Civilisation und die Religion. Der Kabyle ist weit widerstandsfähiger gegen die Ursachen der Degeneration, dem Irresein weniger ausgesetzt als der A. Bei Frauen ist Seelenstörung sehr selten, namentlich bei Kabylinnen. Erbliche Anlage ist viel wesentlicher bei den A. als bei den K., ebenso die erworbene Syphilis. $^1/_4$ der Fälle bei den A. beruhen auf Alkoholismus bezw. Kiffismus (Cannab. ind.) Durchgehender Zug des Irreseins bei den A. ist Neigung zu Gewaltthätigkeit, häufig sind geschlechtliche Perversionen, Selbstmorde sind Ausnahmen. Von Wahnvorstellungen sind mystische und mit dem fatalistischen Naturell der A. schwer in Einklang zu bringende Selbstüberschätzungsideen wichtig. Bei den A. herrschen einfache Formen des Irreseins vor, namentlich Manie. Der A. ist eher manicalisch, der K. eher melancholisch. Chronische Wahnsinnsformen sind selten und nur bei A. beobachtet. Alkoholismus tritt erst seit 1880 auf und betrifft speciell bei den A. $^1/_5$ der Fälle. Kiff-Vergiftung, fast nur bei A. vorkommend, bringt geschlechtliche Aufregung mit obscönen Handlungen, anhaltendes Lachen, Gesichtshalluc., Empfindungen von Schweben im Raume hervor. Paralyse ist selten bei den A. fast nur vermittelt durch alkohol.- und syph. Hirngefässerkrankungen. Imbecille und Idioten sind selten in der Anstalt (meist in Freiheit, mit heiliger Scheu betrachtet.) Die Epilepsie, deren tobsüchtige Form die häufigste ist, bringt stets sehr gefährliche Ausbrüche mit sich. Das Verhältniss der Gestorbenen zu den Aufgenommen (Anstalt zu Aix) war 53,52 pCt. (Phthisis Mortalität 20,54 pCt.)

Nach Hecker (27) spricht dafür, dass die Symptome der Neurasthenie nicht diejenigen der Ermüdung, sondern vielmehr der Angst sind, 1. dass Ermüdung allein (ohne depress. Spannungsaffect) nie zu N. führt, 2. das 75 pCt. der Neurastheniker erblich Belastete mit abnormer Aengstlichkeit, nervöser Hast, Unruhe und Schreckhaftigkeit sind, aber auch unter den Gelegenheitsursachen der N. der ängstliche Erwartungs- und depressive Spannungsaffect wesentliche Bedeutung beanspruchen, 3. dass die körperlichen Begleiterscheinungen der Angst bis in den kleinsten Einzelnheiten (abgesehen nur vom Spinalschmerz bei N.) mit den Symptomen der N., nicht aber mit den Erscheinungen bei Ermüdung identisch sind, 4. dass Zustände ängstlicher Spannung und Erregung bei keinem Fall von N. vermisst werden, 5. dass Analogien der N. und Hysterie und des Angst-

und Schreckenszustandes bestehen, dem Schreck allein und der Hysterie im Gegensatz zur N. zukommende Symptome aber sind: vollständige Lähmung besonders der Beine, Neigung zu tonischen und clonischen Krämpfen, Stummheit, Empfindungslosigkeit. N. könnte auch „Angstneurose“ schlechthin genannt werden. Nicht alle Fälle von N. haben eine sexuelle Ursache.

Traugott (35) berichtet über den Fall einer 75jährigen, an doppelseitigem unreifen Cataract, Tremor der Hände und Gesichtsmuskeln, Kopfschmerz, Schwindel, Schlaflosigkeit und Ohrensausen leidenden Frau, bei welcher ungefähr 14 Tage hindurch objectiv richtig beurtheilte, als Täuschungen erkannte Gesichtshallucinationen fast continuirlich unter Intensitätsschwankungen bestanden, bei Längsgalvanisation (Anode a. d. Stirn) des Kopfes und Anwendung von Schlafmitteln in gewöhnlicher Weise abnehmend (Verringerung ihrer Massenhaftigkeit, Seltenerwerden, Abblassen ihrer Farbenpracht und Buntheit) aufhörten. Auffallend war dabei der Beginn der Hallucinationen mit der elementaren Sinnesempfindung eines weissen oder gelben Scheins, die typische Bewegung der Trugbilder im Gesichtsfeld von links nach rechts. Wahrscheinlich ist peripherischer Ausgang des halluc. Processes (Einfluss des Staars) bei sicher anzunehmendem Zustandekommen der Hall. in Folge von Cerebralstörungen.

Während die Kranken Cramer's (vgl. Jahrb. 1889. S. 129) zuerst gewöhnliche Gehörshallucinationen hatten und schliesslich auf das Gedankenlautwerden kamen, war Köppen's (39) Fall noch reiner, indem zuerst G. und dann auch noch gewöhnliche Acusmen auftraten: Pat. hörte seine Gedanken besprochen, kritisirt werden, alle möglichen Schimpfwörter über dieselben. K. ist der Ansicht, dass es sich beim G. um gewöhnliche acustische Hallucinationen und nicht um Hallucinationen handele, die aus dem Muskelsinnapparat ihren Ursprung nehmen, handelt. Wäre dieses der Fall, so müssten die Kranken der Meinung sein, dass mit diesem Apparat etwas gemacht, dass derselbe in Bewegung gesetzt, ihr Kehlkopf von einem Anderen beeinflusst würde (was auch, aber nicht bei G., vorkommt).

Meschede (45) erklärt zunächst, dass Echolalie (Echosprache) kein sehr häufiges Symptom psychopathischer Zustände ist und gewisse Fälle blödsinnigen Nachsprechens ganzer Phrasen bezw. des letzten Wortes sich als Analogien des Nachsprechens kleiner Kinder und Papageien auffassen lassen, die typischen Fälle der Echolalie aber offenbar nicht sowohl durch einen Ausfall hemmender Kräfte, als vielmehr wesentlich durch actives Eingreifen fremdartiger Motive durch hallucinatorische Bewegungsimpulse nach Art krankhafter bezw. automatischer Vorgänge im Seelenorgan begründet ist, daher mehr ein „phrenoleptisches“ als ein Ausfalls-Phänomen dabei vorzuliegen scheint. Phrenoleptisch aber nennt M. wie früher die psychopathischen Vorgänge des Vorstellens und Denkens zum Theil auch des Wollens, die zwangsmässig ohne Intercurrenz bewussten Willens und selbst gegen diesen ablaufen und nicht in den Rahmen emotiv ausgelöster triebartiger Handlungen und zwangsweise sich vollziehender Reflexactionen passen. So der Fragezwang (Ph. erotematica) und die Zwangsvorstellungen.

Es folgt die Mittheilung eines Falles von Verrücktheit mit geistiger Schwäche, in dem nicht lediglich gedankenloses Nachplappern, sondern Nachsprechen sowohl der von Anderen gehörten als auch der, sei es aus eigener Initiative, sei es als Frage und Antwort von der Kranken selbst verlautbarten Worte mit nachdenklichen bezw. lauschenden (Halluc.?) Pausen, lebhaften Gesten und Mienen echolalisch wiederholt wurden und die Annahme eines innerlichen Zwiegespräches der Art nahe lag, dass beim Bewusstwerden gewisser gehörter Worte, Sätze sofort diese auch hallucinatorisch erregt würden und den Gedanken gleichlautend nachklängen. Indem namentlich fremdartige, in den an sich nicht gestörten Ablauf der psychischen Processe eingreifende Motive d. h. intellectuell: fremdartige Gedanken (Hallucinationen, Gedankenlautwerden), sensorisch: wahnhafte Gefühle des Eindringens fremder Wesen, psychokinetisch: fremdartige, einzelne motorische Apparate zwangsmässig in Thätigkeit setzende Impulse abliefen, entstand bei der Pat. der Wahn, dass eine oder mehrere fremde Personen in ihr Platz genommen hätten und ihre Denk- und Willensoperationen beeinflussten: die bekannte Vervielfachung der Persönlichkeit (Genaueres vgl. im Orig.).

Gegen Donath's Bezeichnung der Zwangsvorstellungen als „Anankasmus“ erhebt M. Einspruch, da nur Zwang im Allgemeinen und nicht das, was derselbe betrifft, damit zum Ausdruck gelange.

Nach Ganser (40) ist das Wesen der Wahnideen im Gegensatz zu einfachen Irrthümern begründet im krankhaften Zustandekommen 1. auf Grundlage von Verstimmungen (Melanch., Manie), 2. durch spontanes, gewissermaassen intuitives Auftreten (vielfach bei Grössen- und Persecut.-Ideen), 3. durch nicht corrigirte Träume, 4. durch Erinnerungstäuschungen, 5. durch Einreden (Uebertragung seitens Geisteskranker auf urtheilsschwache Personen). Ausreden der Wahnideen ist nur bei Uebertragensein derselben möglich. Fixirte Wahnideen sind lange Zeit stabil, schwankende (z. B. bei Melanch.) temporärer Einwände zugänglich. Auf Systematisirung wie auf Nebeneinanderbestehen von verschiedenen Wahnideen, frühzeitige Entstehung romanhafter Wahnideen in der Kindheit, Beziehungen der Wahnideen zur Person des Kranken, starke Gefühlsbetonung und Macht derselben im Bewusstsein des Kranken, Neigung der Wahnideen zu weiterer Ausbreitung, Progression wird hingewiesen.

Aschaffenburg (41) warnt vor der Annahme, dass Wahnbildung im weiteren Sinn, insbesondere krankhafte Eigenbeziehung, Beachtungswahn als Criterium der Paranoia aufzufassen sei, da die verschiedensten Psychosen, circul. Irresein, Verblödungsprocesse, Amentia, Paralyse und namentlich die depressiven Irreseinsformen der Involutionsperiode und der Senescenz dieses Symptom in ausgeprägter Weise zeigen.

Linke (42) vertritt die Ansicht, dass nicht, wie Manche annehmen, Misstrauen, sondern der Affect der gespannten Erwartung (ein dem Angsteffect nahe verwandter Gemüthszustand) die Grundlage bildet, auf welcher der Beachtungswahn entsteht. Dieser zu gleichen Theilen aus zuversichtlichen Hoffnungen und bangen Ahnungen gemischte, mit der Empfindung des

begleitenden Contractionszustandes der glatten Musculatur verbundene Affect ist physiologisch, wenn er ein entsprechendes Object hat, pathologisch einmal, wenn ein Object ohne hinreichende Bedeutung (z. B. bei Neurasthenie) ihn hervorruft, sodann, wenn ein Object desselben fehlt. Der Affect der Erwartung bildet nach L. den primären Affect im Anfangsstadium der Verrücktheit. Wie bei Melancholie unerklärbare Bangigkeit, Kleinheitswahn, bei Manie unerklärbare psych. Lust Grössenwahn (?) in dem Moment erzeugen, wo das Bewusstsein dieser Unerklärlichkeit verloren geht, so entsteht bei Verrücktheit Beachtungswahn, wenn der Kranke das Bewusstsein der primären Natur der ihn beherrschenden Spannung (Erwartung) verliert. Die bei diesem Zustand besonders lebhaften Sinneswahrnehmungen fördern nach L. die Entstehung des Beachtungswahns, indem sie den Kranken an sich gleichgültige Wahrnehmungen als besonders Bedeutungsvolles erscheinen lassen.

Die Arbeit von Mader (43) betrifft 9 Fälle der Freiburger psychiatrischen Klinik, bei welchen die Idee des Untergeschobenseins im Symptomencomplex paranoischer Zustände anscheinend acut auftrat u. öfter hartnäckig festgehalten wurde, ohne dass originäre Paranoia vorlag. Der von M. gewählte Name N. ist empfehlenswerther als die deutsche Bezeichnung Untergeschobensein, welche bei klinischen Besprechungen den Kranken leicht verletzt. Betont wird als Grundlage der Idee der N. das Gefühl der Entfremdung des Kranken seinen Eltern gegenüber, wie dasjenige geringerer Liebe dieser für ihn; ein Wahrscheinlichkeitsschluss wird als categorischer Schluss verwerthet. Von Wahn der N. kann selbstverständlich nur dann die Rede sein, wenn echte Abstammung sicher nachweisbar ist.

Bourdin (44) theilt die pathologischen Impulse in folgende Gruppen:

A. Bewusster, mehr oder weniger klare und dauernde Erinnerung der ausgeführten Handlung hinterlassender, I. geht 1. aus einer Zwangsvorstellung hervor, ist gekennzeichnet durch Angst, Entlastung nach der That. — Vorkommen bei höhergradig Degenerirten (Magnan), Hysterischen, Alkoholikern (?); 2. folgt er einer Gemüthsbewegung, einer heftigen Erregung oder geht hervor aus einer durch krankhafte Veranlagung begünstigten Ueberstürzung; Vorläufererscheinungen fehlen, Reue ist möglich, relativ häufig. — Vorkommen bei moralischem und bei impulsivem Irresein (folie des actes, manie raisonn.), bei Hysterie; 3. folgt er einer nicht durch die Situation angeregten flüchtigen Idee, macht aber im Seelenorgan einen grösseren Eindruck als das Subject merkt, d. h. er entspringt ohne Vorwissen des Subjects im Bereich des Unbewussten, die bewusste Erinnerung der Handlung schwächt sich ab, Reue ist wegen der geringen Antheilnahme des Gewissens selten. — Vorkommen bei Schwachsinnigen, Halbimbecillen, Hysterischen.

B. Unbewusster, event. nur im Augenblick des Entstehens bewusster, aber keine Erinnerung zurücklassender I. folgt einer vom Subject gehegten Idee unmittelbar oder auch ziemlich spät. Der Besinnungsverlust führt zugleich zur Idee und deren Bethätigung, der Idee geht stets ein Ictus voraus, der spontan ist, die That ist strafbar, oft grausam, das Subject bleibt böse und zänkisch in den Zwischenzeiten der Anfälle — Vorkommen bei Epilepsie. Der Ictus ist hervorgerufen, die ursächliche Idee suggerirt durch eine dem Ich fremde Gesinnung — Vorkommen bei Hysterischen, gewissen Degenerirten.

C. Pseudoimpuls (impuls. Handlung) unterscheidet sich von normalen Handlungen nur bezüglich der Form der ursprünglichen Idee, die Handlung erklärt sich 1. durch eine Hallucination. — Mehrzahl der Irren, gewisse Alkoholiker, Urämische (?); 2. stammt her von einer Wahnidee — viele Irre, wahnsinnige, nicht hallucinirende Verfolger, Hysterische; 3. Ideenstörung hat Störung des Handelns eingeleitet — maniacal. Aufregung, allgemeine Paralyse im Beginn, Hysterie, congestive Hirnkrankheiten im Allgemeinen; 4. der Impuls erklärt sich aus einer angeborenen oder erworbenen erheblichen Schwäche, aus dem Zusammenfall von Idee mit Bestrebung, die Handlung erscheint „impulsiv", weil die Intelligenz keine grössere Anzahl von Motiven zur Auswahl im Gehirn entstehen lässt oder die Möglichkeit, solche Wahl zu treffen, fehlt — Kinder, Imbecille, Demente aller Arten.

D. Gemischter Typus der I. — Vorkommen bei Hysterie: bald wahre Impulse aller Formen, bewusste und unbewusste, bald falsche von vorausgegangenen Halluciationen oder von Störung des Handelns oder von Denkschwäche (Caprieen, kindischen Ideenverknüpfungen herrührende Impulse.

Die wesentlichsten Gesichtspunkte von Siemerling's (52) werthvoller Arbeit sind folgende:

Gegenüber der früher in der Psychiatrie als hochwichtig erachteten, aber bei Gesunden und in Begleitung der verschiedensten Krankheiten vorkommenden, Pupillendifferenz hat mit Recht die reflectorische Pupillenstarre (Robertson's Phänomen) jetzt herrschende Bedeutung erlangt, besonders für die Diagnose der Dem. paralyt.

Eine grössere Statistik (3010 Fälle) ergiebt Beeinträchtigung der Lichtreaction der P. in 26, Fehlen derselben in 42, Vorhandensein von r. P.-St. mithin in 68 pCt. (gegenüber 56 pCt. P.-Diff.) Neben ihrer Häufigkeit ist r. P.-St. als manchmal isolirtes Frühsymptom bei Dem. paralyt. hochwichtig. Zusammenfall der Veränderungen (Fehlen, Schwäche, Steigerung) des Kniephänomen mit r. P.-St. wird sich erst in vorgeschrittenem Stadien der D. p. finden. R. P.-St. ist bei D. p. meist doppelseitig (die eine P. starr, die andere minimal reagirend), einseitige Starre sehr selten. Form d. Pup. bei Par. unregelmässig, eckig, gezackt elliptisch in etwa 63 pCt. (runde Pup. bei Gesunden in 89, bei Irren in 7,3 pCt.) Auf Parese der Lichtreaction folgt oft die Starre, dann die Accomodatiosparese, endlich die Acc.-Lähmung bei Paralytikern, selten sind bei diesen: 1. die bei Tabes vorkommende qualitative Veränderung der Lichtreaction Gowers' (zuerst Lichtreaction, dann plötzliche Rückkehr der Pupillen zur früheren Weite, Verharren derselben nach einigen Zuckungen in dieser bei Fortdauer der Beleuchtung); 2. paradoxe Reaction (Dilatation der Pupillen bei Lichtreiz und umgekehrt), häufiger ist bei r. P.-St. springende Mydriasis (häufiger Wechsel der zugleich vorhandenen P.-Differenz, namentlich nach Tapiften), die ebenfalls sehr frühzeitiges Frühsymptom der Dem. par. sein kann, aber auch bei Nichtparalytikern und bei Gesunden vorkommt. Hippus, die Steigerung einer physiologischen Erscheinung, ist bei Paralytikern ausserhalb der Anfälle selten und nicht an Kniephänomensteigerung gebunden. — In 9160 Fällen (Berlin. Charité) von Geisteskranken überhaupt war r. P. St. vorhanden bei Paralytikern in 92,0; Tabes mit Psychose in 1,7; Dementia senilis in 1,1; Syphilis der Centralorgane in 1,0; Herderkrankungen in 1,1; Alcoholismus in 0,9; Kopfverletzung in 0,06; Epilepsie in 0,2; Hysterie in 0,2; Paranoia in 0,3 pCt. und zwar bei den senil Dementen entsprechend der normalen Enge und Trägheit der Greisenpup., bei Syphilis und Alkoholismus wohl in Folge von Complicat.

mit Opticuserkrankung, bei Kopfverletzung vielleicht z. Th. zufällig (frühere syphilit. Infection), bei Epilepsie, Hysterie, Paranoia noch nicht aufgeklärt. R. P.-St. ist ein eminent wichtiges Symptom, wenn auch nicht immer zu den schwersten Befürchtungen (Paral., Tabes) berechtigend, aber als Ausdruck einer Störung des Nervensystems speciell als Frühsymptom der Paralyse volle Beachtung verdienend. — Aenderungen der Pupillenweite, speciell Dilatation, kommt vor bei Angst, Somnambulismus, Ecstase, körperlicher und nervöser Schwäche, prodromaler und postparoxysmeller Weite und Reactions-Veränderung bei Epilepsie, für welche besonders paroxysmelle Erweiterung und Reactionslosigkeit (tonisches Stadium) überhaupt und gegenüber hysterischen Anfällen characteristisch ist (verschiedenes Verhalten der Pupillenreaction in den einzelnen Anfällen dürfte für Combination von Epilepsie mit Hysterie sprechen). Bei hysterischen Anfällen sind die Pupillen meist eng, im clon.-ton. Stadium weit und oscillirend. Dilatation ist bei sensibler Reizung bei jüngeren Gesunden die Regel, fehlt häufig bei Paralyse, ist sehr lebhaft bei vielen Epileptischen und bei ängstlichen Kranken, bei Hysterie auch von den anästhet. (im Gegensatz zu periph. Anästhesien) aus zu erzielen.

Im Coma fehlt (langsam wiederkehrend) zunächst wie Licht-, so auch sensible Reizreaction. Letztere soll nach manchen Autoren bei Paralyse der Lichtstarre vorausgehen. Hypalgesie der Haut ist irrelevant für den Pupillarreflex. Die Reactionszeit der P. ist namentlich bei Paralyse verlängert. Lebhafte Reaction kommt besonders vor bei Epilepsie ausserhalb der Anfälle und nach schweren Circulations-Störungen (Strangulationsversuche, schwere epileptische Anfälle, nach Morphium-Entziehung). — Weder pathol.-anat., noch experimentell ist sicher festgestellt, ob und welche Kerngruppe des Oculomot. (oder in dessen Nähe) als Centrum des Pupillarreflexes aufzufassen ist. Centripetale Pupillenfasern sind wahrscheinlich besondere Fasern des Opticus. Die consensuelle reflectorische Irisbewegung beweist, dass die Pupillenfasern des einen Auges mit den Centren beider Seiten verbunden sind; ihr Erhaltensein auf dem direct nicht mehr reagirenden Auge bei einseitiger Pupillenstarre, die Unmöglichkeit, dieselbe von dem direct noch reagirenden Auge her auf dem anderen anszulösen sprechen unbedingt für partielle Kreuzung der Pupillenfasern im Chiasma.

Bonhöffer (58) berichtet über 4 Fälle von acuten, allerdings schwer und ungünstig verlaufenden depressiv gefärbten Psychosen bei weiblichen Personen, in welchem sich gelegentlich ein spastischer, im Wesentlichen die Merkmale der Pyr.-Seitenstr.-Affection tragender Symptomencomplex, wie er öfter bei Dem. paralyt. beobachtet wird, einstellte, für einige Zeit herrschte und Dem. paralyt. doch sicher ausgeschlossen war (Fehlen eines paralytischen Prodromalstadiums, Fehlen der Betheiligung des faciolingualen Projections-Systems, Eigenart der nicht zu specifisch-paralytischer Demenz führenden Psychose, Fehlen der Anhaltspunkte für überstandene Lues). Allen Fällen kam als begleitendes Symptom ein bei intendirten Bewegungen wachsender, verschieden starker Tremor der Extremitäten und die Erscheinung mimischer Pseudospontanbewegungen (Schnuten- oder Schnauzenbildung) zu. Allen diesen Erscheinungen (Spasm., Trem., mim. Pseudospontanbew.) haftet nach B. die Bedeutung infauster Begleitsymptome schwerer, zu Defect führender Psychosen an.

Schaefer (61) bestimmte im Harn — 24stündige Menge — von 6 abstinirenden weiblichen Kranken und von 5 derselben an Tagen der Wiederaufnahme von Nahrung den pro Kilogramm Körpergewicht ausgeschiedenen N, den in den Alloxurkörpern ausgeführten (von den Nucleinkörpern der Zellkerne herstammenden) N (All.-N), sowie das Verhältniss zwischen Gesammt-N (G.-N) und All.-N und fand, dass die Menge des ausgeschiedenen N zwischen 3,451 und 8,5222 g oder pro Kilo Körpergewicht 0,0692 und 0,2202 g bei im Ganzen geringen Schwankungen der Werthe pro Individuum und Tag betrug. Einfluss gleichzeitigen Dürstens und Nichtdürstens liess sich nicht nachweisen. Auffallend war, dass in 3 (von den 5) Fällen trotz wieder spontan oder durch Schlundsonde zugeführter Nahrung die Menge des G.-N geringer war, als in den vorhergegangenen Hungertagen. Die 24stündig ausgeschiedenen All.-N-Werthe schwankten zwischen 0,1038 und 0,2450 g, betrugen also im Mittel 0,1795 g, während bei normaler Ernährung im Mittel 0,2814 g N im Gehalt der Alloxurkörper ausgeschieden werden. Das Verhältniss zwischen G.-N und All.-N schwankte zwischen 24,26 : 1 und 67,85 : 1 mit wiederum nur geringen Differenzen pro Individuum und Tag. In 3 Fällen waren in den Tagen der Nahrungszufuhr die absoluten Werhe des All.-N geringer als während der Abstinenz, wie auch das Verhältniss zwischen G.-N und All.-N sich zu Gunsten des G.-N verschob. Warum nicht, wie zu erwarten war (Anpassungsfähigkeit des Organismus) die All.-N-Menge beim Hungern niedriger ausfiel, als bei der Nahrungszufuhr, blieb dunkel. Die grösseren All.-N-Werthe der Abstinenztage weisen auf erheblichere, auch in gleichzeitigem Sinken des Körpergewichts ausgedrückte, Einschmelzung von Körpergewebe hin.

Im Anschluss an einen selbstbeobachteten Fall von acuter Manie bei einem 20jährigem Mädchen, bei welchem Genesung durch Scharlacherkrankung eintrat, stellt Keay (74) 6 Fälle von Scharlach bei Geisteskranken zusammen, von denen 2 (1 chronische Manie, 1 Demenz) unbeeinflusst blieben, 1 (chronische Manie) gebessert, 3 (2 chronische Manie, 1 acute Manie) geheilt wurden, dazu 38 Fälle von Typhus bei Geisteskranken: es starben 15, blieben unbeeinflusst 14, gebessert wurden 3, geheilt 6 (3 ac. Manie, resp. Mel., 2 chron. Manie, 1 „beginnende Paralyse"). Parallele Beobachtungen am Wartepersonal zeigten, dass Irre für Typhus und wohl auch andere Infectionskrankheiten weniger disponirt, wenn ergriffen, dann aber auch weniger widerstandsfähig sein dürften als Gesunde.

[Wizet, A., Ueber die retroactiven Wahnideen als eine besondere Form. Beitrag zur Lehre vom acuten hallucinatorischen Wahnsinn (Paranoia acuta hallucinatoria). Medycyna. No. 10. 11. 12.

Ein Mann von 25 J., ohne hereditäre Belastung, der schon vom 10. Lebensj. Onanie trieb und schon öfters wegen Neurasthenie behandelt war, erkrankte unter Symptomen des classischen acuten hallucinatorischen Wahnsinns mit Hallucinationen, Pseudohallucinationen, Illusionen und Wahnideen von vorwiegend persecutorischem Character. Die nächste Veranlassung zu dieser Erkrankung bildete der Umstand, dass Pat. gegen seinen Willen zum Militär assentirt wurde. Wegen dieser Erkrankung vom Militär beurlaubt, genas er und war nach einigen Monaten bereits so weit her-

gestellt, dass er wie zuvor seinen Geschäften nachgehen konnte. Er litt nur von Zeit zu Zeit an Hallucinationen und Illusionen, die er aber selbst als krankhafte Symptome auffasste; hingegen hielt er noch jetzt mit Ueberzeugung an dem Inhalte seiner zur Zeit des Militärdienstes aufgetretenen persecutorischen Wahnideen fest. Erst nach langer ärztlicher Behandlung gelangte er zur Ueberzeugung, dass es krankhafte Ideen waren. Diese Wahnideen nennt W. retroactiv und hält die Periode dieser retroactiven Wahnideen als protrahirte Uebergangszeit zur vollen Genesung nach dem überstandenen acuten hallucinatorischen Wahnsinn.

Sieradzki (Krakau).

Lennmolm, F., Ueber Krankheiten, welche auf Vorstellungen sich gründen und durch Vorstellungen geheilt werden. (Von der Klinik des Seralinlazareths für Nervenkrankheiten. Vortrag, gehalten den 3. September 1895 in der siebenten allgemeinen schwedischen Aerzteversammlung zu Lysakit.) Hygiea. LVIII. p. 69—138.

Thatsächlich ist die Sache ungewöhnlich einfach, mit der jetzt allgemein üblichen Auffassung des Begriffs Hysterie als gleichbedeutend mit functionell gesteigerter Suggestibilität fällt der ganze Begriff Hypnotismus ohne weiteres innerhalb des Rahmens der Hysterie. Das alte Krankheitsbild Hysterie wird alsdann auch nur ein Theil des weitschweifigen modernen Begriffes, welcher eines anderen Namens bedarf. Freilich hat die Nancyschule ganz recht darin, dass das Krankheitsbild der Hysterie mit dem des Hypnotismus nicht zusammenfällt. **A. Fr. Eklund** (Stockholm).]

B. Specielles.*)

a) Casuistik. Einzelne Formen.

1) Ziehen, Th., Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis. Halle. — 2) Hallervorden, Ueber Heilungsvorgänge besonders bei Melancholie: Klinisches und Theoretisches. Zeitschr. f. Psychol. 53. S. 202. — 3) Parant, V., Le tremblement gélatineux de la langue chez les aliénés mélancholiques. Ann. méd.-psych. 8. Sér. T. IV. p. 372. — 4) Havelock, J. G., A case of recurrent mania. Journ. of ment. sc. Oct. (Fall eines Mannes, welcher vom 20. Lebensjahre ab in 31 Jahren 20 Anfälle von „Manie" durchgemacht hat, seit Januar 1893 verschont geblieben ist und dieses auf körperliche Bewegung [Radfahren] zurückführt.) — 5) Rüth, W., Mania transitoria oder Rausch? Friedreich's Blätter. H. 5. (Fornesisch.) — 6) Althaus, J., Ueber Hypochondrie und Nosophobie. A. d. Englischen von K. Oetker. Frankfurt. Vgl. Ber. 1895. B. a. 9/10. — 7) van Brero, P. C. J., Sur l'amok. Ann. méd.-psych. 8. Sér. T. IV. p. 364. — 8) Derselbe, Koro, eine eigenthümliche Zwangsvorstellung. Zeitschrift f. Psych. 53. S. 569. — 9) Derselbe, Naar Anleiding etc. Titel vgl. „Allgemeines" No. 46. — 10) Wiercinski, V., Ein Fall von periodischem transitorischem Irresein. Diss. Greifswald. (25jähriger belasteter Mann, im Verlauf von 3 Monaten drei, in Zwischenzeiten von einigen Wochen aufgetretene Anfälle von Niedergeschlagenheit, Verworrenheit und Angst mit Neigung zu Raptus und tobsüchtiger Aufregung mit Gewaltthätigkeit des Kranken gegen sich und Andere. Allmälige Beruhigung jedesmal in einer Reihe von Tagen.) — 11) Rychlinski, K., Ein Fall hallucinatorischer periodischer Psychose. Arch. f. Psych. 28. H. 2. (37jähriger, von periodischem Irresein ausgesetzt gewesenem Vater und Grossvater abstammender Mann. Seit dem achtzehnten Lebensjahre Anfälle von hallucinatorischem Irresein von der Dauer 1 Woche bis 3 Monate, von welchen 9 in Spitälern und etwa 40 zu Hause durchgemacht waren. Patient hatte in der Periode seiner Selbstständigkeit im Leben im Ganzen 9 Jahre und 10 Monate in Krankheit, 8 Jahre und 2 Monate in relativem Gesundheitszustand zugebracht. Hinweis auf die Fälle periodischer Paranoia von Mendel und Kausch, Jahrb. 1888. S. 6. 8. u. 1892. S. 66.) — 12) Greidenberg, B., Zur Lehre über die acuten Formen der Verrücktheit. Zeitschr. f. Psych. 53. S. 500. — 13) Ganser, Krankenvorstellung. Ebendas. S. 585 (acuter halluc. Wahnsinn). — 13a) Derselbe, Krankenvorstellung. Ebendas. S. 588 (halluc. Verrücktheit). — 14) Kreyer, M., Ein Fall von sensorischer Aphasie mit Ausgang in hallucinatorische Paranoia. Diss. Berlin. — 15) Elzholz, A., Acute Psychose, geheilt nach 13 Jahren. Wien. med. Wochenschrift. No. 39. (Die erblich nicht belastete, mit 22 Jahren an hallucinatorischer Paranoia erkrankte, 12 Jahre lang sehr aufgeregte Patientin genas nicht vollständig, sondern mit Defect [Interesselosigkeit für geistige Beschäftigung, Vergnügungssucht, Fehlen der Krankheitseinsicht] nach einer lange dauernden Eiterung.) — 16) Leeper, R. R., A case of acute delirious mania leading to mutilation. Brit. med. Journ. No. 7. (Natürlich keine Manie, sondern religiöse Verrücktheit bei einem belasteten jungen Mann; Selbstcastration mit einer Handsäge! Bald nach erfolgreicher chirurgischer Behandlung der Verletzung Tod unter epileptischen Anfällen und Coma. Keine Section.) — 17) Kraepelin, Ueber Remissionen bei Katatonie. Zeitschr. f. Psych. 52. S. 1126. (1) R. event. von bis 10jähriger Dauer sind sehr häufig, besonders bei Männern. 2) In den Zwischenzeiten sind die Kranken regelmässig nicht ganz gesund, bieten gezwungenes affectives oder auffallend stilles Wesen dar. 3) Wer einmal unter katatonischen Erscheinungen erkrankt war, hat grosse Aussicht, früher oder später rückfällig zu werden. 4) Es handelt sich bei K. um eine zu mehr oder weniger hochgradiger Verblödung führende organische Hirnkrankheit.) — 18) Bucelli, N., Di alcuna alterazione poco nota della sensibilità cutanea (sindrome siringo mielico) nell' amenza stupida. Riv. di forn. XXII. p. 540. (5 Beobachtungen von Amentia mit Stupor, in welchen sich theils symmetrische, theils unregelmässige Formen von cutaner Hypalgie, thermischer und tactiler Hyperästhesie, thermischer Hypästhesie bezw. Combinationen dieser Empfindungsanomalien zeigten, wie näher i. Orig., besonders an den topograph. Aufrissen die Form nachzusehen ist.) — 19) Carpentier, L., De la déférence dans le délire de persécution chronique. Paris. — 20) Magnan, Chronic delusional insanity of systematic evolution. Lect. IX bis XII. Amer. Journ. of insan. Jan. — 21) Derselbe, Délire chronique et délires systématisés des dégénérés. Evolution comparée. Progrès méd. Jan. 4. (Klinischer Vortrag.) — 22) Soukanoff, S., Contribution à l'étude de la „paranoia inventoria". Ann. méd.-psych. 8. Sér. IV. p. 221. (Verf. erklärt selbst, dass — wolle man überhaupt noch mehr neue Bezeichnungen einführen — es sich mehr um eine „P. reformatoria" zu nennende Seelenstörung in seinem Falle handele, welcher einen zweifellos schwachsinnigen russischen Bauern betrifft, der allerdings auffallend viel Bildungselemente sich angeeignet hatte.) — 23) Ebner, Ueber Imbecillität und paranoische Anlage. Diss. Berlin. — 24) Neisser, C., Paranoia und Schwachsinn. Zeitschrift f. Psych. 53. S. 403. — 25) Derselbe, Dasselbe. Ebendas. S. 241. (Genauere Ausführung des Vorigen.) — 26) Strassmann, F., Beiträge zur Lehre vom Querulantenwahn. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. 3. Folg. XII. 1. — 27) Köppen, M., Der Querulantenwahn in nosologischer und forensischer Beziehung. Arch. f. Psych. 28. H. 1 (vgl. vorjähr. Ber. S. 72). — 28) Régis, E., Un cas de

*) Krankheitsformen mit specifischer Aetiologie s. unter „Aetiologie".

délire raisonnant de dépossession. Ann. méd.-psych. 8. Sér. T. IV. p. 229. (1 Fall von Paranoia querulans auf Grundlage von Imbecillität.) — 29) Runge, E. C., A case of paranoia unrecognonized for twenty-eight years, and its lesson. Boston. med. and surg. Journal. (Es handelt sich um im 18. Jahre nach Schädeltrauma bei einem nicht Belasteten entstandenen Querulantenwahn.) — 30) Frantz, A., Ein Fall von Paranoia mit conträrer Sexualempfindung. Diss. Berlin. (19jährige, von trunksüchtigem Vater stammende Person. Conträr. Sex. in der Kindheit angedeutet, in der Jugend homoosex. Unzucht, aber auch Concubinat mit einem Mann. Später hysterische Symptome, typische Paranoia und Wahn geschlechtlicher Metamorphose.) — 31) Falret, (Charpentier, Arnaud), Variétés cliniques du délire de persécution. Suite. Ann. méd.-psych. 8. Sér. T. IV. p. 413. (Besprochen werden I. 1. Hérédität, 2. Gehörshallnc., 3. Gemeingefühls- und sexuelle Hall. 4. Gesichtshallucination, 5. Grössenwahn, 6. Stadium der Demenz, 7. verschiedene Entwicklungsarten, 8. verschiedene Arten des Beginns des Verfolgungswahns. II. 1. Melancholie mit Verfolgungswahn (verfolgte Selbstankläger), 2. deprimirte Verfolgungswahnsinnige nach Magnan. III. Theorie der Degeneration.) — 32) Bernardini, C. e A. Perugia, Le funzioni di relazioni nella demenza. Riv. di fren. XXI. 1895. 1. p. 120. (Bei einer grösseren Zahl von Fällen secundärer und seniler Demenz fanden sich 1. mässige Hypalgie beider Körperhälften, 2. dsgl. electrische Hypalgie, 3. zahlreiche Parakinesen (Tremor der Zunge und Hände und Hypokinesen), Fehlen des Muskeltonus auf einer Gesichtshälfte, 4. Erscheinungen von Entartungsreaction bei directer und indirecter galvanischer Prüfung der Muskeln, 5. Abschwächung der oberflächlichen, 6. Steigerung der tiefen Reflexe.) — 33) Bernardini, C. e G. C. Ferrari, Sulla memoria musicale nei frenastenici. Ibid. XXII. p. 315. (Von 100 Dementen [60 M., 40 Fr.] zeigten 12 [7 M., 5 Fr.] auffallenden Sinn für Musik, 20 [11 M., 9 Fr.] Empfänglichkeit und event. auch ein gewisses Gedächtniss für dieselbe, 14 [7 M., 7 Fr.] absichtliches, 30 [22 M., 8 Fr.] in Unfähigkeit bezw. Unaufmerksamkeit begründetes negatives Verhalten gegen musikalische Reize, 9 [3 M., 6 Fr.] Unfähigkeit, auch nur den Rhythmus einer Tonreihe zu wiederholen, 7 M. Unfähigkeit, ausser dem Rhythmus irgend eine Note zu wiederholen.) — 34) Verga, G. B., Contributo alla fisio-pathologia dell' imbecillità. Gaz. med. Lomb. No. 49 ff. (Noch nicht abgeschlossen.) — 35) Peterson, F., The psychology of the idiot. Amer. Journ. of insan. July. (In Anschluss an Preyer's [reproducirte] Tabelle der geistigen Entwicklung des Kindes Besprechung der beschränkten [oft auch perversen] Functionen von Gesicht, Gehör, Geschmack, von Schmerz- und Wärmeempfindung, von Muskel- und Organgefühlen, von willkürlichen Bewegungen [Gehenlernen], der Veränderungen von Aufmerksamkeit, Nachdenken, Instincten, Geschlechtstrieb, von Mitleid, Muth, religiösen und Schamgefühlen, Sprachfunctionen, Intelligenz und Willenskraft: Hinweis auf Anomalien des Schädels, des Wuchses, auf automatische Bewegungen, einseitige Talentirungen, Anhänglichkeit und Dankbarkeit bei den Idioten.) — 36) Barkeley Ness, Case of sporadic cretinism. Glasgow Journ. Febr. (Nichts Neues.) — 37) Mendel, K. u. A., Ueber Cretinismus, Idiotie, und Thyreoidea-Behandlung s. unter „Therapie". — 37a) Fletcher Beach, A discussion on sporadic cretinism etc. Brit. med. Journ. Sept. 12. (114 Fälle von spor. C.: Blutsverwandtschaft der Eltern in 6 [mit hereditären Complicationen in 4], Trunksucht, Phthise in den Familien in je 14, Irresein in der Familie in 9, Epilepsie der Mutter in 13, protrahirte Geburt in 7, Schreck der schwangeren Mutter in 13, Geborensein in neblig-sumpfigem Thal in je 2 Fällen, erste Erscheinungen in den ersten 18 Monaten. Schilddrüse tastbar in 11, nicht tastbar in 14, vergrössert in 7, Fehlen der Schilddrüse bei der Autopsie in 14, Befund von Bronchocele in 2 Fällen.) — 38) Peretti, Zur Frage der Eheschliessungsfähigkeit Taubstummer. Zeitschr. f. Psychiatrie. No. 52. S. 1197. (Anlässlich des Falles der amtlichen Verneinung der Eheschliessungsfähigkeit einer [von einem sie zu heirathen beabsichtigenden Mann geschwängerten] Taubstummen wegen Nichtunterrichtetseins hebt P. hervor, dass der Staat verpflichtet sei, allen bildungsfähigen Taubstummen Gelegenheit zur Ausbildung zu geben und Schulzwang für taubstumme Kinder einzuführen, wie übrigens von mehreren Regierungen bereits geschehen.) — 39) Savage, G. H. a. C. Mercier, Insanity of conduct. Journ. of ment. sc. Jan. (Moralische Absonderlichkeiten können einziges Symptom von Irrsinn darstellen. Die angeführten Fälle bieten nichts Neues, indem sie der bekannten Rubrik „Irresein des Handelns", „Folie d'action" unterstehen.) — 40) Kurella, H., Fetischismus oder Simulation? Arch. f. Psych. Bd. 28. H. 3. (Angeblicher Fetischist auf Frauenschuhwerk. Ref. erkennt in der Beschreibung von Ohren und Gesicht die Persönlichkeit wieder, welche ihn vor einiger Zeit ebenfalls gerade auch um 5 Mark unter Vorgabe krankhafter Perversion des Geschlechtstriebes beschwindelte. Auch K. entscheidet sich für raffinirte Simulation.) — 41) Prince, M., A case of ideational sadism (sexual perversion). Boston med. a. surg. Journ. Vol. 135. No. 8. (22jähr. belasteter, Masturbation treibender, zugleich mit Besessenheitswahn [undefinirbarer Dämon, der ihn zum Schlechten zwinge] und Neurasthenie behafteter Mann: in Anfällen von Bewusstseinsumnebelung bei heftiger Geschlechtsaufregung und Ejaculation die Vorstellung, Frauen umzubringen.) — 42) Bassenge, L., Der Exhibitionismus und seine forensische Bedeutung. Diss. Berlin. (Bekanntes über Exhibitionismus und sogen. „Frotteurs". Hinweis auf erhebliche intellectuelle und moralische Schwäche bei Bewusstseinstrübung und gleichzeitiger heftiger Libido und fraglicher Potenz. Pathologische Bedeutung gewiss, wenn geistige Veränderung, sicher wegen psychischen und körperlichen Symptomen, lebensgeschichtlichen Thatsachen. Vorkommen b. Schwachsinn, Epilepsie, Dementia paralytica und senilis, Melancholia hypochondrica, impulsivem und periodischem Irresein. Litteratur!) — 43) Allan M'Lane Hamilton, The civil responsability of sexual perverts. Amer. Journ. of insan. April. (Forensisch.) — 44) Talbott, E. S. a. Ellis Havelock, A case of developemental degenerative insanity with sexual inversion, melancholia following removal of testicles, attempted murder and suicide. Journ. of ment. science. April. (30jähr. Päderast, Castration, die Erectionen und Masturbation nicht beseitigte. Psychische Depression. Mordversuch am [männlichen] Object der Leidenschaft, Selbstmordversuch. Danach Besserung der perversen Begierde. Ausgang?)

Hallervorden (2) erwähnt zunächst die bekannten Vorgänge lytischer, kritischer, durch sogen. Reaction, unter Remissionen und Schwankungen, mit Herstellung des körperlichen Wohlseins, Wiederkehr der früheren psychischen Eigenschaften erfolgenden Genesung und legt mit Recht Gewicht auf die, sichere Schlüsse auf Heilung im Bereich der Intelligenz zulassende, Krankheitseinsicht, sowie auf die Labilität des psychischen Gleichgewichts Genesender. Bei functionellen mit Gemüthsalteration einsetzenden Psychosen (Melancholie, Manie, depress. Wahnsinn) gleichen sich die relativ spät erschienenen Intellect-Störungen auch wieder eher aus, als die Gemüthsstörung. Melancholia simpl. steigert sich zu Melancholie mit Angst, mit Wahnvorstellungen, mit Sinnestäuschungen und schreitet zu me-

lancholischer Verwirrtheit fort. Der krankhafte Affect ist dabei Träger aller Symptome und mit dessen Abschwächung kann der regressive Gang der Krankheit als wahrscheinlicher construirt werden. Schwankungen nicht ausgeschlossen, verläuft der Heilungsprocess gewöhnlich so, dass 1. die Verwirrtheit schwindet, 2. die Hallucinationen schwächer werden und schon zugleich 3. Bezweifelung und Correctur der Wahnideen beginnt, 4. die Aufregung nachlässt, 5. Krankheitseinsicht erfolgt und das Gemüth allmälig festes Gleichgewicht wieder erlangt. Das Schema lässt Spielarten zu, deren eine gerade die zwischen 4. und 5. eingeschaltete Reactionsheilung ist. H. erwähnt fernerhin den Fall einer 32jähr. Frau, deren etwas verschleppte Puerperalmelancholie plötzlich über Nacht kritisch sich entschieden hatte, indem mit dem Gefühl der Entlastung vom Gemüthsdruck die melancholischen Gedanken gleichsam wie ein Knäuel sich abrollten, die folgenden Reactionserscheinungen aber sich nicht über das Niveau natürlicher Freude über die Genesung erhoben und die Heilung bereits seit 10 Jahren als beständige erwiesen ist. Der gebieterische Zwang der Gefühlserregung auf die Conception von Wahnvorstellungen wird erörtert und betont, dass letztere primordial, als festgefügte psychische Producte auftretend, jeder Discussion unzugänglich sind („logische Erstarrung"). Sensitive „Spannungszustände", fühlbare Reizungszustände in der Hirnrinde dürften diesen Vorgängen zu Grunde liegen, deren Lösung aber dürfte die Befreiung von krankhaften intellectuellen Gefühlen und adäquaten Wahnideen setzen. H. bespricht dann 3 Fälle von Melancholie, in welchen als neues Element im Heilungsvorgang intensive Nostalgie sich einschob, welche nach einer Remission des affectiven Zustandes, getragen von der Idee, dass zu Hause Unglück passirt sei oder drohe, aufgetreten war; vorzeitige Entlassung brachte hier Genesung.

Parant (3) beschreibt einen besonders bei Melancholikern vorkommenden Zustand der Zunge, bei welchem nicht irreguläre, auf Contractionen der Längsfibrillen beruhende zitternde Bewegungen stattfinden, der Kranke viel Mühe zu haben scheint, die Zunge herauszustrecken, die zur Hälfte auf der Unterlippe aufzuliegen kommt, bisweilen sich verbreitert, zugleich welk erscheint, aber meistens klumpig wird und so verharrt, als ob Pat. die gleiche Unsicherheit wie beim Vorstrecken auch bei dieser Stellung der Zunge hätte. Zugleich scheint die Zunge in ihrer Masse zu oscilliren, zeigt keine eigentlichen fibrillären Zuckungen, keine momentanen Depressionen der Oberfläche: Vergleich mit einem durch Erschütterung in Oscillation versetzten Gelatineklumpen, daher die Bezeichnung gélatineux.

v. Brero (7) bringt in seiner Arbeit über „Amok" einiges zur Geschichte und Literatur der (bereits Jahresber. 1893. S. 77) erwähnten Psychose, sodann eigene Untersuchungen mit Hinweis auf den Einfluss der „psychopathischen Minderwerthigkeit" vieler von der Krankheit Befallenen, auf seltenes Vorkommen des Amok bei Frauen, auf das gewohnheitmässige Tragen von Waffen bei den männlichen Eingeborenen und dessen ominösen Zusammenfall mit reizbarer Characteranlage, sowie der geringen Werthschätzung von Menschenleben. Von 429 in die Buitenzorger Anstalt eingelieferten Kranken hatten 40 Todtschlag bezw. Körperverletzung verübt = 9,32 pCt., darunter nur 2 Chinesen, alle anderen Eingeborene. — In der zweiten Arbeit erwähnt v. B., dass nach Blonk im südlichen Celebes, wie es scheint nur bei psychopathisch Veranlagten eine als „Koro" bezeichnete Genitalaffection: „Neigung des Penis, sich in die Bauchhöhle zurückzuziehen" (wohl eine Einschrumpfung des Gliedes, wie man nicht selten bei Untersuchungen sieht, Ref.), in von heftiger Angst und von hochgradiger Abgeschlagenheit gefolgten mehrstündigen Anfällen vorkomme, bezüglich welcher das Gerücht geht, dass sie schon tödtlichen Ausgang genommen haben, wenn im Anfall nicht vom Pat. oder Anderen der Penis am Zurückweichen verhindert wird. v. B. bringt diesen psychopathischen Zustand mit Zwangsvorstellungen, mit Scham und Verlegenheit über die Erscheinung, secundärer Angst in Folge derselben in Zusammenhang, indem er neben den Zwangsgedanken, welche er supponirt, noch Zwangsgefühle und Zwangswahrnehmungen unterscheidet, weist aber auch darauf hin, dass ein an Wahnbildung erinnernder Fehler des kritischen Denkens vorliege, der bei Angehörigen eines an Kenntnissen und Erfahrungen armen, geistig schwach veranlagten Volkes nicht auffallen könne. Im concreten Falle hänge alles davon ab, ob man solch' einen Kranken überzeugen könne, dass der Penis sich in die Bauchhöhle nicht zurückziehen, folglich der Tod auch so nicht erfolgen könne. Die 3. (deutsche) Arbeit v. B.'s (9) ist identisch mit der holländischen.

Von ungefähr 350 Fällen von acutem Wahnsinn, die Greidenberg (12) beobachtete, boten I. 7 (4 M., 3 Fr.) im Alter von 16—21 Jahren einen recurrirenden Verlauf dar, und zwar 3 mit Verkürzung, 1 mit Wachsen der Anfallsdauer, 1 intermittirendem Verlaufstypus. Belastung bestand in 3 F. Dauer der Krankheit war 2—3 Monate, Ausgang in allen Fällen Genesung. Die nach G.'s Ansicht deutlich von den remittirenden und intermittirenden Formen des acuten Wahnsinns sich unterscheidende und als Paranoia acuta recurrens zu bezeichnende Irreseinsform beginnt mit dem typischen Bild der acuten Verrücktheit resp. Verworrenheit hauptsächlich tobsüchtigen Characters: psychische und motorische Erregung, Verwirrtheit, Gesichts- und Gehörstäuschungen, incohärente Delirien, worauf nach einigen Tagen erhebliche, Genesung bezw. Besserung andeutende Beruhigung erfolgt, aber schon nach wieder einigen Tagen bis 1 Woche neue rasch in Aufregung übergehende und bald abermals das wiederum gleich verlaufende Bild des acuten Wahnsinns auftritt. Zwischenzeiten nicht Remissionen, sondern wirkliche Intervalla lucida. II. sah G. unter den 250 Fällen von acutem Wahnsinn 3 (2 M. von 45, 1 Fr. von 30 Jahren) mit tödtlichem Ausgang, alle durch raschen Beginn mit heftiger Aufregung, bedeutender, zeitweise vollständiger Umnebelung des Bewusstseins, massenhaften Sinnestäuschungen, Hang zu Gewaltthätigkeiten bei unbedeutenden Delirien, Nahrungsverweigerung, Schlaflosigkeit, ausgezeichnet; dazu rascher Verfall der Ernährung bei

unstillbarem, massigen Durchfall. Erschöpfung und Tod nach 2—3 wöchentlicher Dauer. Auch G. kann sich nicht für die Diagnose Delir. acut. in solchen Fällen erwärmen und bezeichnet dieselben lieber, freilich indifferent genug, als acutes Irresein mit tödtlichem Ausgang.

Kreyer (14) berichtet über folgenden Fall:

51jähr. Person. Postrheumatische Mitralinsuff. und Stenose. Nach einem Schlaganfall (Embolie der Art. foss. Sylv.) vorübergehende Hemiplegie und sich bessernde Sprachstör., nach einem zweiten Anfall Worttaubheit, die sich ebenfalls allmälig bis zum fast vollständigen Schwinden bessert (entweder substit. Einüb. des rechtsseit. oder nicht völlige Zerstörung des linksseit. sens. Sprachcentrums). Athemnoth und Praecord.-Schmerz in Folge des Herzfehlers brachten bei getrübtem Urtheilsvermögen die Wahnidee von einer Maschine hervor, welche die Beklemmungen mache, die eigenen Herzschläge hielt Pat. für Schall der Tritte des Maschinisten. Annahme einer allgemeinen functionellen Störung des Gehirns, die durch schwere Localerkrankung (vielleicht in Form mehrerer Herde) erzeugt ist. Das gestörte Wortgedächtniss und die dadurch ev. bedingte Schwierigkeit des Verkehrs mit der Umgebung erweckten Misstrauen, Beeinträchtigungs-Ideen und somit Paranoia. Post mortem: Zerstörung des hinteren Theils der linken 1. und 2. Schläfenwind., Verwachsung der rechten 1. Schläfenwind. mit der Dura. Microscopischer Befund steht noch aus.

Ebner (23) hebt hervor, dass, mag man bei der typischen Paranoia die geistige Schwäche als maassgebend anerkennen oder nicht, jedenfalls eine Form dieser Seelenstörung existirt, bei welcher sich P. gerade auf dem Boden ausgesprochener Imbecillität (paranoische Anlage, Günther) entwickelt. Dabei kann der sichere Nachweis der primären Natur des Schwachsinns schwer sein, da häufig das Krankheitsbild sich so verwischt, dass nicht zu sagen ist, ob Schwachsinn Folgezustand des Wahns oder Wahnbildung auf Grund geistigen Defects entstanden ist (genaue, lange Beobachtung, Studium des Vorlebens und der Familiengeschichte nöthig). Solche paranoisch Veranlagte mit wenig hervortretendem Wahn gelten oft für harmlose Schwachköpfe. Es folgt als Beispiel ein Fall:

50jähr. belasteter, nur mässig schwachsinniger, ziemlich bildungsfähig gewesener Mann, nicht zu zielvoller Lebensführung gelangt; krankhafte Selbstüberschätzung namentlich seiner Malereien und seiner Völkerfrieden in confuser Weise erstrebenden Publicationen, seines Erfolges in Geldspeculationen, dazu Verfolgungswahn: Complott „gesetzmässige“ Giftmischerei, Ehrabschneiderei; im Umgang vernünftige Reden, auch Umsicht und Wirthschaftlichkeit, auffallendes Gedächtniss für Gesetze, viel juristische Kenntnisse.

Den mehrfach behaupteten Intelligenzdefect der Paranoiker kann Neisser (24, 25) als von vorn herein und bei allen Fällen überhaupt als eigenthümlichen und wesentlichen nicht anerkennen. In Betracht kommen nur die, eine chronische, durch den ganzen Krankheitsverlauf währende, mit Hallucinationen einhergehende Wahnbildung aufweisenden Typen der Krankheit. Von den der Paranoia das Element Schwachsinn zuertheilenden Autoren verbindet fast jeder einen andern Begriff mit dem Wort Schwachsinn (vergl. Orig.), wenn auch zugegeben wird, dass Vorhandensein von Wahnideen nicht an sich schon Schwachsinn beweise, dass das formelle Denken der P. nicht gestört zu sein braucht und nur Schwäche der Kritik, nämlich die Unfähigkeit, Wahnvorstellungen zu corrigiren, vorliege. Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen wirken nach N. nicht nur intensiver, sondern überhaupt in anderer Weise als Sinneswahrnehmungen und normale Gedankengänge auf den Kranken; in ihren physio-psychologischen Beziehungen, nicht in ihrem Inhalt, ist die Macht der Hallucinationen bei der chronischen Paranoia begründet, wie die imperativen Hallucinationen am deutlichsten zeigen. Bewiesen ist nach N. nicht, dass ein organisch-anatomischer Hirndefect im Ablauf des Krankheitsprocesses der Par. sich offenbare. Als sicher kann gelten, dass bei hoch wie niedrig begabten an Par. Erkrankten die typischen Primärsymptome übereinstimmend sich entwickeln (secund. Unterschiede möglich) und endlicher Ausgang der sogn. chron. Par. oft, aber nicht immer, ein chron. psych. Schwächezustand ist, dessen specifische Ausprägung aber abhängt von der Erscheinung und dem Verlauf des Krankheitsprocesses und von individueller psychischer Constitution.

Nach Mittheilung von 6 von ihm begutachteten Fällen von Querulantenwahnsinn hebt Strassmann (26) einleitend hervor, dass, wie allgemein jetzt anerkannt wird, Queruliren nur Symptom gewisser Psychosen und zwar zumal der verschiedenen Formen des Schwachsinns ist, auf deren Grundlage sich durch einen die persönlichen Interessen treffenden, nicht richtig erfassten Rechtsstreit (zumal Erbschaftsstreit) allerhand paranoische, Grössen- und Verfolgungsideen: „Schwachsinnsparanoia“ (2 Fälle) entwickeln, welcher sich die Querulanz gewisser alcoholisch Schwachsinniger und Paralytiker anreiht. Weiterhin kommt die Paran. querulator. gegenüber dem streit- und schreibsüchtigen nicht krankhaften Naturell in Betracht, insofern als bei ihr noch andere krankhafte Vorstellungen, hypochondrische Ideen (I. sexueller Beeinträchtigung zumal bei Frauen), Grössenwahnideen nachweisbar sind. (Ausnahme scheint St.'s Fall 3 zu sein: Idee ungerechter Verurtheilung einzige Wahnvorstellung, aber Fehlen der characterist. activen Thätigkeit des „verfolgten Verfolgers“, daher als Paranoia chron. simpl. auf belastetem Boden zu bezeichnen.) Ferner scheint es St. mit Recht characteristisch für die P. quer. zu sein, dass die Kranken nie bei der Idee, in einem Punkte zu Unrecht beurtheilt zu sein, stehen bleiben, sondern glauben dauernd unrecht behandelt zu werden (unzählige Conflicte und jedesmal Rechts- und Schutzverweigerung). Diese Idee, in der sich allerdings hier und da unter Spreu ungerechter Anschuldigungen ein Korn Wahrheit findet, stempelt diese Kranken zu Verrückten (2 Fälle). Die Diagnose können bei querulanter Verrücktheit noch die (allein noch nicht beweisenden) Factoren erblicher Belastung und die Zeichen neuropathischer Disposition stützen. St. führt noch 1 Fall (6) an, bei dem das Queruliren des wegen Verleumdung Angeklagten nicht auf Paranoia quer. beruhte — es fehlte die Idee einer

wissentlichen Rechtsbeugung seitens der richterlichen Behörden und das allgemeine Misstrauen — sondern aus hysterischer Geistesanomalie zu erklären war.

b) Dementia paralytica.

1) Ilberg, G., Die Dementia paralytica. Volkm. Samml. klin. Vorträge. No. 168. (Gründliche, Nichtfachmännern zu empfehlende Darstellung.) — 2) Stewart, R. S., The increase of general paralysis in England and Wales; its causation and significance. Journ. of ment. sc. Oct. — 3) Neff, J. H., A consideration of paretic dementia. Amer. Journ. of insan. July. — 4) Phelps, R. M., One hundred consecutive cases of general paresis. Ibid. (Weder im Ganzen noch in den wenigen statistischen Angaben etwas wesentlich Neues.) — 5) Kaes, Th., Statistische Betrachtung über die Anomalien der psychischen Functionen bei der allgemeinen Paralyse. Zeitschr. f. Psych. 53. S. 79. — 6) Magnan, Les délires systematisés dans la paralisie générale. Prog. méd. No. 34. 22. Août. (Klinische Vorträge.) — 7) Sullivan, W. C., Note on a case of general paresis with marked sensory symptoms. Journ. of ment. sc. July. (Sensationen waren Veranlassung der Wahnidee, vergiftet und von einer Schlange gebissen zu sein.) — 8) Mann, L., Ein Fall von Muskelatrophie bei progressiver Paralyse. Zeitschr. f. Psych. 53. S. 397. (37jähr. Mann, langsame Entwickelung von Steifigkeit der Finger, Fussclonus, Schwäche der Extensoren der Füsse, spastischer Gang, dazu mässige Demenz, paralyt. Sprachstör., linksseitige Zungenabweichung. ³⁄₄ Jahre später ausgesprochene typische Paral., hochgradige Atrophie des Quadriceps fem., Glut. max. beiderseits, Schwäche von Pat.- und Ach.-Sehnenrefl., Ataxie, Rombergsch. Sympt., hochgradiger Schwund der unt. Port. der Pectorales, Latissimi, Oberarmmuskeln im Ganzen, fibrill. Zuck., aber keine wirkliche Entartungsreact. der atroph. Muskeln. Hinweis auf eine concomit. spin. Affection.) — 9) Bevan Lewis, W., Ocular symptoms of general paralysis of the insane, with special reference to its clinical groupings. Brit. med. Journ. April 25. — 10) Capps, J. A., A study of the blood in general paralysis. Amer. Journ. of med. sc. 6. June. — 11) Pierret, Les attaques apoplectiformes et épileptiformes disparalytiques généraux. Progr. méd. Oct. 3. (Störungen der Darmfunct., Obstip. allein oder mit nachfolgender Diarrhöe, daher wahrscheinlich Autointoxicat. vom Darm her werden als die wesentl. Ursachen der a. u. e. Anfälle der Par. angesprochen.) — 12) Weber, Ein Fall von Thurmschädel. Zeitschr. f. Psych. 53. S. 598. (Lues tert. bei einem mit Thurmschädel behafteten Mann; stockende Sprache, hochgrad. Gedächtnissschwäche, apoplectif. Anfall mit nachfolg. Verwirrtheit, lange Dauer des Leidens machen Hirnlues wahrscheinlich, die jedenfalls unter dem Bilde einer progressiven Paralyse verlaufen wird.) — 13) Göhlmann, Demonstrationen. Ebendas. S. 582. (Vergl. unter „pathologische Anatomie".) — 14) Hyslop, Th. B., Pseudo-Generalparalysis. Journ. of ment. sc. April. (Allgm. progr. Paral. sei progr. Lähmung aller geistigen Functionen mit Ausgang in Demenz und totale Paralyse: Pseudoparalyse [partielle P.] hauptsächlich centrale Lähmung mit geistigen Degenerationen, komme vor bei Epilepsie, Alcoholismus, Bleivergiftung, nach acuten fieberhaften Krankheiten, Malaria, Syphilis, Sonnenstich. Die Bezeichnung allgem. Paral. sei daher nicht ganz zutreffend, es müssten die verschiedenen Typen besser getrennt werden.) — 15) Thomsen, Ueber paralytische Frühsymptome, welche dem Ausbruch der Paralyse bis zu 10 Jahren vorausgehen. Zeitschr. f. Psych. 52. S. 889. — 16) Hoche, Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse. Samml. zwanglos. Abhandl. auf dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. Halle. — 17) Gross, Ueber die Frühdiagnose der progr. Paralyse. Zeitschr. für Psych. 52. S. 1156. — 18) Hirschl, J. A., Ueber die Aetiologie der progr. Paralyse. Wien. — 19) Williams, E. H., Hereditary syphilis and general paresis of the insane. Med. Rec. Decbr. 5. (4 Fälle von Paralyse mit auf Syph. her. hindeutenden Wachsthumsstörungen der Schneidezähne mit zugehörigen Abbildungen.) — 20) Worcester, W. L., A case paretic dementia of a long duration. Amer. journ. of insan. Jan. (Dauer der anfangs als chron. Manie angesprochenen Dem. par. mehr als 14 Jahre. Keine Section.) — 21) A discussion on the general paralytic: his practical menagement and treatment in asylums (Campbell, Macleod, Clouston u. A.) Brit. med. Journ. Septbr. 26. (Nichts wesentlich Neues.) — 22) Turner, J., Vertebral punction in general paralytic of the insane. Ibid. May 2. — 23) Morse, J., Account of autopsy with abnormal kidney. Amer. of insan. Oct. (Zufälliger Befund einer Verwachsung beider Nieren und von Veränderungen v. deren Adnexen bei einer unter epil. Anfällen gestorb. Paralyt.) — 24) Heilbronner, Rindenbefunde bei progressiver Paralyse. Zeitschrift für Psychiatrie. 53. S. 172.

Nach Stewart (2) hat in den Jahren 1881—1891 in England und Wales die Frequenz der Seelenstörungen unabhängig von der Bevölkerungszunahme nicht, wohl aber diejenige der Dem. par. und zwar besonders bei Männern (19 mal stärker als bei Frauen) speciell der besseren Stände (2 mal mehr als bei Armen) zugenommen, steigt auch noch bei der besser situirten männlichen Bevölkerung, während ihre Häufigkeit bei Armen jetzt wieder abnimmt.

Bei den Frauen der armen Bevölkerung ist die Zunahme gering, bei denjenigen der besseren Stände besteht stetige Abnahme. Die höchste Frequenz der D. p. fällt in die Lebensjahre von 35—44 (bei den übrig. Irreseinsformen bei Zunahme vom 45. ab, nach dem 55. Lebensjahr). Die Zunahme ist bei verheiratheten Männern 5 mal stärker, als bei Unverheiratheten und 60 mal so gross als bei verheiratheten Frauen.

Grossstädte, namentlich Seestädte und wiederum solche, die Kohlen ausführen, sodann die Kohlendistricte und die Fabrikstädte zeigen die stärkste Zunahme, landwirthschaftl. Gegenden Abnahme der D. p. Naher Zusammenhang der Zunahme der D. p. und der Häufigkeit der Trunksucht ist unverkennbar, letztere überhaupt, sowie sexuelle Excesse und venerische Krankheiten sind nach S. die wichtigsten ätiol. Momente. S. hält dafür, dass die Zunahme der D. p. in wachsenden Interessen für die eigene Person, nicht in altruistischen Regungen wurzelt, diese Zunahme überhaupt eine Aenderung im Typus der Seelenstörung im Ganzen anzeigt, einen Fall auf niedere Stufe, moralischen und physischen Verfall, auf abnehmende Widerstands- und Lebenskraft, vorzeitige Rassendegeneration beweist. Bei der Unheilbarkeit der D. p. und der Unmöglichkeit, deren directe Ursachen im weiteren Umfang zu beherrschen, ist Verhütung im Allgemeinen als das einzige Mittel anzustreben.

Neff (3) berichtet über 368 Fälle (316 M., 52 Fr.) von Dem. par. Folgendes: Verhältniss der Aufnahmen der Par. zu allen Aufn. = 8,3 pCt. Von 1878—1895

stieg die Ziffer der weibl. Par. von 7,3 auf 31 pCt. der Aufn. Paralytischer überhaupt. Sterblichkeit 63 pCt. (der M. allein 86, der Fr. allein 49 pCt.) Todesursachen: apopl. Anf. in 32, epil. Anf. in 19, Pneumonie in 4, Erschöpfung in 30 pCt. Krankheitsursachen: Syphilis in 42, Trunksucht in 31, beide zusammen in 7, geistige Ueberanstrengung in 10, Trauma in 4, Elend in 10, Sexualexcesse in 2 pCt. Syphilitisch inficirt gewesen 55 pCt. der paral. Fr., 5 von den Traumat. zugleich Alcoholisten, deren 4 Syphilitiker. Bei 3 Traumat. autoptische Anhaltspunkte für das Trauma als ätiolog. Momente nachgewiesen. In 23 pCt. neurotische und familiäre Anlage (hereditäre zu Irresein allein in 14 pCt.), Irresein, Trunksucht des Vaters hereditär vorwiegend. Von 316 männl. Par. waren Arbeiter 100, Farmer 33, Kaufleute 42. Von 52 weibl. P. Ehefrauen 42, Prostituirte 3, Mägde die übrigen. 58 pCt. aller Fälle begannen im Alter von 30—45 J. (41 pCt. allein in den Jahren von 35—40). 10 Fälle dauerten 10, 1 sogar 20 Jahre.

Der eingehenden Arbeit von Kaes (5), die des grossen Zahlenmaterials wegen nicht zu kurzem Referat geeignet ist, entnehmen wir nur die wichtigsten Thatsachen.

Bei progressiver Paralyes (einfacher, luetischer, tabischer, alcoholischer der Männer und Frauen) sind Hallucinationen beobachtet in 34,8, Illusionen in 13,8, hypochondrische Delirien in 21,8, melancholische in 13,2, sexuelle in 12,7, Grössendel. in 52,3 pCt. (bei letzteren der Wahn grossen Vermögens erheblichst, sodann Wahn sublimer Würde, Bedeutung in Kunst, Wissenschaft, Sport, Gnadenbezeugungen namhaft vorwiegend; Wahn grossen Vermögens und hoher Abkunft, sowie körperliche Vorzüge speciell bei Frauen häufiger), Anomalien des Selbstbewustseins in ausgeprägter Form nur in 3,76 pCt.; Selbstmordneigung in 3,3, Diebstahl in 2,2, Betrug in 1,6, Sittlichkeitsvergehen in 2,3, Auflehnung in 0,8, Prügeleien in 3,0, Capitalverbrechen in 0,14, (Vergehen und Verbrechen gegen das Strafgesetz überhaupt in 8,9), civilrechtlich widrige Handlungen in 8,8, Vagabundiren in 2,6 pCt. der Fälle. Das Nähere ist im Original nachzusehen.

Bevan Lewis (9) schlägt vor, in Anbetracht der ocularen Symptome bei Par. folgende Gruppen der Krankheit zu unterscheiden:

1. Gruppe: Paralyt. Mydriasis, partielle reflector. Irislähmungen (für Licht), gesteigerte Muskelerregbarkeit, starker Tremor der Gesichtsmuskeln und Sprachstörungen, grosser Optimismus und tiefe Demenz.

2. Gruppe: Mydriasis mit associirter Irislähmung (frühzeitig auftretend und rasch in die cyclopleg. Form der Irislähmung übergehend), Steigerung der Muskel-Erregbarkeit, später Sprachstörungen; acute Aufregungs-Zustände mit häufigen Convulsionen, rasche Verschlimmerung (Syphilis in der Vorgeschichte überwiegend).

3. Gruppe: Spastische Myosis, vollständige reflect. Irislähmung, Fehlen bezw. erhebliche Schwäche der Kniephän., Gleichgewichtsstörungen, locomot. Ataxie, Beeinträchtigung der Sensibilität und der Sprache, Optimismus, Aufregung.

4. Gruppe: Ocularstörungen (spät): paralytische Mydriasis, partielle reflect. Irislähmung (nur für Licht), atactische Paraplegie (Arme aber frei), Ataxie der Gesichtsmuskeln, bedeutende Sprachstörungen, epilept. Anfälle, gefolgt von ausgesprochener geist. Schwäche.

5. Gruppe: Fehlen oculomotor. Symptome ausser gelegentlicher Ungleichheit der Pup., Vermehrung der Muskelerregbarkeit, Fehlen von Contracturen, von Gleichgewichtsstörungen, von locom. Ataxie, von sensib. Stör., von deutlichen Sprachstörungen, von häufigen epilept. Anfällen; aber von Beginn an fortschreitende Demenz.

Capps (10) erhielt bei seinen Untersuchungen des Blutes Paralytischer folgende Resultate:

Im Allgemeinen: 1. Hämoglobin und rothe Körperchen sind immer vermindert. 2. Das specifische Gewicht des Blutes fällt etwas unter die Norm. 3. Meistens besteht geringe Leucocytose (ca. 22 pCt. über die Norm betragend). 4. Vergleichende Zählung ergab Abnahme der Lymphocyten bei merklicher Zunahme der grossen einkernigen Zellen. In einigen Fällen waren die eosinophilen Zellen sehr zahlreich. — Convulsive und apoplectiforme Anfälle: 1. Rothe Körperchen und Hämoglobin gewöhnlich für die Zeit der Convulsionen vermehrt, bei langer Dauer eines apoplectischen Anfalles vermindert. 2. Specifisches Gewicht des Blutes bald vermehrt, bald vermindert. 3. Nach convulsivischen und apoplectischen Anfällen tritt plötzlich und gewöhnlich stark ausgesprochene Leucocytose auf. 4. Grad und Dauer der L. variiren in der Regel je nach Dauer und Intensität des Anfalls. 5. Die grossen einkernigen Zellen nehmen bei Entstehung der L. verhältnissmässig mehr als andere Zellformen zu. 6. Die Thatsache, dass nach paral. Anfällen nicht nur Zunahme, sondern auch Veränderung der Beschaffenheit der weissen Blutkörperchen, zeitweise auch abnorme Zellen auftreten, beweist, dass die Leucocytose nur eine Veränderung in der Vertheilung der weissen Blutkörper ist.

Mit der frühzeitigen Diagnose der D. p. beschäftigen sich die Arbeiten von Thomsen, Hoche, Gross (15, 16, 17).

Thomsen erklärt zunächst, dass den „neurasthenischen“ Frühsymptomen: Ermüdbarkeit, Reizbarkeit, Unentschlossenheit, Gedächtnissunsicherheit, Schlaf- und Ernährungsstörungen, Kopfschmerzen, Neuralgien, Phonationsstörungen etc. eine diagnostische Bedeutung allein nicht zukommen kann, dass dagegen die localen cerebralen Frühsymptome von erheblicher differentialdiagnostischer Bedeutung um so mehr sind, da sie oft Jahre (5—10) lang der D. p. vorangehen. Diese Symptome sind: 1. Sprachstörungen, dauernd bestehend oder zeitweise wiederkehrend, oft lange, event. bis zu 10 Jahren, ehe noch sonstige Symptome vorhanden sind, aphasische Anfälle, ganz kurz, ohne Extrem.-Lähmung, bezw. passagere Unmöglichkeit, überhaupt oder nur einzelne Worte zu sprechen. 2. Paralytische Anfälle, vorzugsweise epil.-form. Natur, mit meist schwerer Bewusstseinstrübung und consecutiver Hemiparese, seltener apoplectischer Natur mit Lähmung und Aphasie, event. bis zu 15 Jahren (vor dem Tode) in Wiederholungen antecedirend. 3. Augenmuskellähmungen, meist flüchtig nur einen Muskel betreffend, die nicht sogleich als Sympt. (basaler) gummöser Hirnlues aufzufassen sind, sondern bei ihrem bis zu 6 Jahren der D. p. vorausgehenden Auftreten bereits auf das Ergriffensein des Augenmuskelkerngebietes hindeuten dürften. 4. Reflectorische Pupillenstarre, das wichtigste und wohl zeitigste Frühsymptom, wie überhaupt bei der Hälfte der Paralytiker und meist schon im Beginn vorhanden, so auch häufig bis zu 5, ja vereinzelt bis 10 Jahren dem Ausbruch der Krankheit vorausgehend, weist zweifelsohne bereits auf Beginn des Krankheitsprocesses im Hirn hin. (Die Regel bildet dabei doppelseitige Starre, resp. einseitige Starre mit Trägheit der anderen Pupille, doch kommt auch häufiger einseitige Pupillenstarre bei weiter oder enger Pupille bei D. p. vor.) Das behauptete Vorkommen

der r. Pupillenstarre bei anderen nicht paralytischen Kranken hat keine entscheidende Bedeutung, weil eben Pupillenstarre Jahre lang der manifesten Paralyse (oder Tabes) vorausgehen kann. — Hoche bespricht sämmtliche sog. organischen und psychischen Frühsymptome der D. p., würdigt namentlich deren differenziell-diagnostische Bedeutung und die Cautelen bei deren Feststellung eingehender Erörterung. Der Verdacht, dass D. p. im Beginn vorliegt, ist berechtigt, wächst und wird fast zur Gewissheit, wenn bei mit frisch entstandenen, anscheinend functionellen Neurosen und Psychosen behafteten Männern des mittleren Lebensalters (28—55 Jahre) Pupillenstörungen, Differenzen bei träger Reaction der Pup., speciell aber reflectorische Pupillenstarre (einseitig oder doppelseitig) vorhanden sind, weiterhin Veränderungen der Sehnenreflexe, speciell der Patellar-S.-R. (einseitig oder beiderseitig), insbesondere Steigerung, aber auch Fehlen derselben sich zeigen, und sich paralytische Anfälle, speciell epileptiforme nach Art des petit mal auftretend: Erblassen, Ohnmachtsanwandlung, Schwindelgefühl, kurzer Bewusstseinsverlust — oder leichteste apoplectiforme Anfälle mit vorübergehender Beeinträchtigung der Sprache bezw. plötzlichem Gefühl von Eingeschlafensein einer Körperseite, auch nur eines Gliedes, vorfallen. Als wichtig für die frühe Diagnose werden ferner besprochen: Abnahme der Potenz, leichte Blasenstörungen, wiederholte Migräneanfälle, Aenderungen der mim., lingualen, laryngealen Innervation, Articulationsstörungen, speciell Behinderung der A., mit Tremor und Zuckungen verbundene Paresen, Veränderungen der Schrift, hartnäckige neuralgiforme Schmerzen, Kopfdruck, Schlafstörungen, lebhaftes Krankheitsgefühl und Gemüthsdepression (Ahnung schweren Leidens) oder aber das Gegentheil davon, Reizbarkeit, lebhafte depressive Affecte und Selbstmordneigung und doch wieder Labilität der Affecte, Gedächtnissverminderung, Urtheilsschwäche, Sinken der höheren intellectuellen Gefühle (Verstösse gegen die Sitte etc.), Sinken der intellectuellen Leistungsfähigkeit, Schwächung der Aufmerksamkeit, torpides Wesen (Mangel an Initiative) also „geistige Schwäche" im Ganzen, verbunden mit Euphorie, Grössenwahnideen und inhaltschweren unbesonnenen Handlungen. — Gross betont hauptsächlich die Diagnose des Prodromalstadiums der D. p. gegenüber der Neurasthenie, da allmäliger Beginn der D. p. mit neurasthenischen Symptomen die Regel sei und bei 189 Fällen nur einmal fehlte. Lähmungssymptome oder deutliche Intelligenzabnahme sichern die Diagnose Dem. par. Bei Neurasthenie ist die Stimmung deprimirt, bei D. p. dagegen schon früh Einstreuung expansiver Züge vorhanden: Aufregung, Streitsucht, zeitweise auffallende Lebhaftigkeit. Characterverrohung spricht sicher, im Allgemeinen auch Benommenheit, Erschwerung der Auffassung, Verlangsamung des Denkens, auffallende Vergesslichkeit für D. p. Characteristisch für den Beginn der D. p. sind Gemüthsverrohung und Urtheilslosigkeit beweisende Handlungen: unsinnige Speculationen, Excesse aller Arten. In differenziell-diagnostisch schwierigen Fällen kann Beginn im Jugend- und Entwickelungsalter für N., Beginn jenseits des 30. bis zum 50. Jahre für D. p. bei seither gesunden, nicht nervösen Menschen entscheiden. Erstmalige psychische Erkrankung im mittleren Lebensalter, auch bei anscheinender Heilung, spricht mit grosser Wahrscheinlichkeit für D. p. (Mittheilung von drei einschlägigen Fällen, deren genauere Publication in Aussicht gestellt wird.)

Turner (22) führte bei 14 Fällen von D. p. vorgeschrittener Stadien die Vertebralpunction aus zum Ersatz der von Shaw und Tuke behufs Herabsetzung des Gehirndruckes empfohlenen Trepanation, fand jedoch, dass kein höherer Druck, als dem Blutdruck entspricht, vorkommt und dass es sich bei D. p. nicht um eine entzündliche Exsudation handelt. Die fragl. Indication existirt daher nicht.

Heilbronner (24) fand bei 2 Fällen von D. par. mit bleibender (bei I nach epileptiform. Anfallserie) entstandener linksseitiger Armlähmung microscopisch intensiven Ausfall des functionsfähigen Gewebes, nämlich Markfaserschwund und Lissauer'sche schichtenweise Zellendegeneration an Schnitten des Rindencentrums für den linken Arm, erheblich geringere Affection des Centrums für den rechten, nicht gelähmten Arm, also Begründung der dauernden cerebralen Heerdsymptome durch besonders intensive Erkrankung bestimmter Hirnprovinzen.

Die Degeneration der Zellen, besonders der grösseren Pyr.-Z. entsprach 1. und vorwiegend der bekannten Sclerosirung: Verkleinerung der Z., Fehlen des streifigen Baues, dafür diffus dunkele Färbung der Zellen, Schlängelung d. nicht mehr gestrichelt erscheinenden Fortsätze derselben, Verdickung u. partielle Einziehungen der Membran der verkleinerten, eckig erscheinenden Kerne, sehr deutliche Kernkörperchen, 2. und seltener eine vielleicht als Schwellung zu bezeichnende Veränderung der Z.: keine Verkleinerung, statt continuirlicher Längsstreifung reihenförmig angeordnete, anscheinend aus Zerfall der jener entsprechenden Elemente hervorgegangene Partikel und Punktreihen oder unregelmässige Anfüllung der Zelle mit zarten Körnchen, wellige Form der Zellfortsätze mit noch angedeuteter Structur, starke Blähung und zarte Membran der bisweilen statt eines Kernkörpers eine Reihe kleiner Körnchen führender Kerne. H. nimmt an, dass die Sclerose der Z. typisches Endproduct bei chronisch-paralytischer Erkrankung ist, die Schwellung der Z. den acut auftretenden paralytischen Processen (acute Par., par. Anfälle) entspricht. Das reichliche Vorkommen derartiger Z.-Formen in der linken Centralwind. bei Fall I dürfte den in den letzten Lebenstagen aufgetretenen rechtsseitigen Zuckungen entsprechen und beweisen, dass nicht nur dauernden, sondern auch acuten Herdsymptomen bei D. p. in den in Betracht kommenden Rindenabschnitten anatomisch nachweisbare Veränderungen zukommen. Das oft rasche spurlose Verschwinden der Folgen paral. Anfälle deutet auf die Möglichkeit anatomischer Restitution der erkrankten Zellindividuen hin: bleibt diese aus, so erfolgt jedenfalls totaler Untergang eines Theils (schichtenw. Degenerat.) der Zellen. Dass an bereits sclerosirten Zellen später wieder Schwellung sich entwickeln könne, legt die klinische Erfahrung nahe, indem die Anfälle besonders gern wieder das gleiche event. bereits dauernd gelähmte Hirn betreffen.

[1] Lange, C., Ueber periodische Depressionszustände und deren Pathogenese. 2. Ausgabe. Kopenhagen 1895. — 2) Poulsen, Arne, Primäre idiopathische Amentia. Dissertation. Kopenhagen.

Lange (1) beschreibt hier unverändert wie in der ersten Ausgabe, auf Grundlage jetzt von mehr als 2000 Obs., die von ihm zuerst (1886) beschriebene Krankheit, deren klinische Eigenthümlichkeit ein Depressionszustand ist; (der Verfasser behauptet bestimmt, dass dieser Zustand eine reine Stimmungsanomalie ist, die mit Melancholie absolut nichts zu thun hat.) Die Hauptkennzeichen dieser Krankheit sind, dass sie 1. mit ausgeprägter Periodicität auftritt (diese Perioden sind übrigens sehr variabel, aber in der Regel dauert die kranke Periode 3—6 Monate, die gesunde vielleicht ein wenig länger), 2. dass sie nie, wenn die Krankheit

auch noch so lange dauert in eine wirkliche Melancholie übergeht. 3. dass nie Hallucinationen oder Wahnideen auftreten.

Sie entsteht beinahe immer auf ausschliesslich hereditärer Basis (ist gleich leicht vom Vater und der Mutter erblich) und tritt immer gleichzeitig mit der harnsauren Diathese auf. Wahrscheinlich ist diese das primäre, das Grundleiden, und die Depression ist als eine mit der andern Aeusserung der Diathese analoge zu betrachten.

Der Unterschied im Bilde beruht einfach auf der verschiedenartigen Localisation der Aeusserung der Dyscrasie. Die Aehnlichkeit ist auch bei näherer Betrachtung eine erstaunliche, die grosse Erblichkeit und das spontan periodische Auftreten.

Der Verf. ist am meisten zu der Auffassung geneigt, dass die Symptome auftreten, weil die abnorm reiche Harnsäuremenge des Blutes auf die Elemente des Centralnervensystems einwirkt und dadurch eine Modification der Functionen desselben bewirkt.

Die Behandlung muss ihr Hauptaugenmerk auf die Bekämpfung der urischen Diathese richten.

Eine ausführliche Monographie über die acute Verwirrtheit, worin Poulsen (2) auf Grundlage einer Reihe vorzüglicher Krankengeschichten aus der Irrenanstalt bei Oringe (Vordingborg) Meynert in allem Wesentlichen zustimmt. **D. E. Jacobson** (Kopenhagen).]

II. Aetiologie.

1) Ireland, W. W., Bateman, Shuttleworth, Insanity in children. Brit. m. Journ. Sept. 26. — 2) Shuttleworth, G. E., Mental overstrain in education. Ibid. — 3) Wilmarth, A. W., Causation and early treatment of mental disease in children. Med. a. surg. Rep. Jan. 11. — 3a) Elliot, H., Insanity of pubescence. Med. Rec. June 18. (Bekanntes.) — 4) Parsons, R. L., Practical points regarding the senile insanities with special reference to prophylaxis and management. Ibid. Oct. 10. — 5) Régis, E., Psychoses de la vieillesse. Observation de délire raisonnant de persécut. chez une femme âgée de soixante-treize ans. Ann. méd.-phys. 8. Sér. T. III. p. 208. (R. betont das bisher noch nicht beobacht. Vorkommen d. raisonn. systemat. Verfolgungswahnsinns der Degenerirten [persée.-persécuteurs] bei so hohem Alter und legt auf die erbliche Anlage zu Kropf in die Familie der Kranken nur insofern Gewicht, als sie ein degenerat. Moment aufzeigt.) — 6) Baker, J., Insanity in english local prisons. Journ. of ment. sc. April. (Zunahme des Irreseins i. d. Gefängnissen constatirt; durch discipl. Maassregeln hervorgeruf. Seelenstörung komme vor bei 1 von 2500 Gefangenen; Abhilfe verlangt.) — 7) Wilson, G. R., The significance of Wissmann's doctrine in insanity. Ibid. Oct. (Unterschied zwischen erworbenen und ererbten d. h. intrauterin erworb. Eigenschaften wegfällig. Unveränderte Fortspflanz. d. Keimplasma durch Generationen undenkbar: Hinweis auf Entwickl.-Hemmungen und excess. Entw.-Abweichungen, unvollkommene Regenerat., Einfluss d. Umgebung auf d. Entwickl. d. Indiv. und d. Rasse, daher Möglichkeit der Vervollkommnung, die fehlen würde, wenn erworb. Eigenschaften nicht vererbbar u. s. w.) — 8) Grassmann, K., Kritischer Ueberblick über die gegenwärtige Lehre von der Erblichkeit der Psychosen. Zeitschr. f. Psych. 52. S. 960. — 9) Briscoe, J. F., Heredity in mental disease. Journ. of ment. sc. Oct. (Körp. und geist. Abweichungen v. d. Norm beeinflussen auch indirect d. Zeugungsvorgänge. Hereditär belastet seien 90pCt. der Irren. — 10) Neff, J. H., Some cases showing possible physical signs of degeneration. Amer. Journ. of insan. April. — 11) Croq, L'hérédité en psychopathologie. Progr. méd. Octobre 17. (Nichts Neues.) — 12) Reynolds, Mental symptoms occurring in bodily diseases. Journ. of ment. sc. Jan. (Dasselbe wie vorj. Ber. S. 76 erwähnt; nichts Neues.) — 13) Cowen, Th. Ph., Types of traumatic insanity. Journ. of ment. sc. Jan. (1. Imbecillität mit Epil., herrühr. v. Kopfverletzung bei der Geburt. 2. Acute „Manie“ nach Hirn- und Rückenmarks-Erschütterung, Potus. 3. Subacute „Manie“ nach Hirnerschütterung und Rindenverletzung durch Contrecoup. 4. Chronische Verwirrtheit nach Schädelfractur. 5. Chronische epil. Tobsucht nach Schädelgewölbebruch.) — 14) Bayer, E., Ueber psychische Störungen bei Arteriesclerose. Zeitschr. für Psych. 52. S. 1146. — 15) Maude, A., Mental changes in Gowers disease. Journ. of ment. sc. Jan. (Dasselbe wie vorj. Ber. S. 76 (21) refer.) — 16) Redlich, E., Ueber die polyneuritischen Psychosen. Wiener med. Wschr. No. 25 ff. — 17) Brackmann, H., Migräne u. Psychose. Ztschr. f. Psych. 53. S. 554. — 18) Kalmus, E., Transitorische Geistesstörung bei heftigen Kopfschmerzen in Folge luetischer Schädelknochenaffection. Prag. Wochschr. No. 35. (Günstige Wirkung von Jodkalium.) — 19) Krafft-Ebing, R. v., Ueber Vesania transitoria bei Neurasthenischen. Wien. Presse. No. 1. — 20) Zinn, K., Beziehungen der Chorea zu Geisteskrankheiten. Arch. f. Psych. 28. H. 2. (Zur Orientirung über den Gegenstand empfehlenswerthe Zusammenstellung von Bekanntem.) — 21) Laurent de Perry, Les somnambules extra-lucides. Leur influence sur le développement des maladies nerveuses et mentales. Paris. — 22) Bresler, J., Culturhistorischer Beitrag zur Hysterie. Ztschr. f. Psych. 53. S. 333. (Gegen Mitte des Jahrhunderts vorgekommener Fall einer 28jährig. ledigen Hysterischen, deren Convulsionen, Hallucin. etc. die Geistlichen und Honoratioren des Ortes in peinliche Erregung versetzten und ersteren die Annahme beibrachten, dass Pat. von des Teufels dienstbaren Geistern besessen sei.) — 23) Hoorweg, A. J., Een geval van hysterische anurie en faecalbraken. Neederl. Weekblad. Oct. 31. — 24) Jez, V., Ueber einen seltenen Symptomencomplex bei Hysteria virilis. Wien. med. Wochschr. No. 31. (Nachahmungshysterie bei einem neuropath. belasteten Arbeiter, ev. zur grand hyst. Charcot's zu rechnen. Im Verlauf Lähmung d. Facial., Hypogloss., der äusseren u. inner. Augenmuskeln, Gehörsstörungen und Chwosteck'sches Facialisphänomen. Heilung bei ration. psych. u. Electro-Therapie.) — 25) Kirchner, H., Epileptisches Irresein. Annuärer Typus desselben und seine Prognose. Diss. Erlangen. 18 Ss. (Fall eines Epil., dessen grosse Anfälle bei interparoxysm. Morosität und Characterveränderung in Intervallen von 10—12 Monaten, spec. im Januar auftraten und einmal dem Pat. ermöglichten, während eines Zeitraumes von 11 Jahren sich ausserhalb einer Anstalt zu halten. Betonung d. im Allgem. und namentl. prognost. günstigen Verhältnisse bei solchen, der geläufigen Annahme von völlig atyp. Wiederkehr d epil. Paroxysm. widersprechenden Fälle.) — 26) Kiernan, J. G., Epileptic insanity. Amer. Journ. of insan. April. (Am Schluss v. Bekanntem die Erklärung, dass alle Psychosen bei Epil. vorkommen und „übertüncht“ (tinged) sein können durch Coexistenz der E., daher seien sie nicht „epil. Psychosen“ und brauchten nicht deren Charactere zu zeigen: Melanch., Manie, acut. Verwirrtheit, Paranoia, Dem. paralyt., secundäre Verwirrtheit — alle könnten E. compliciren.) — 27) Edgerly, S., Certain conditions of the circulary system in the insane. Journ. of ment. sc. July. (Function. u. organ. Krankh. d. Circul.-apparats können Geisteskrankheit veranlassen; das Gegentheil ist viel häufiger, indem funct. u. organ. Affectionen d. Kreis-

laufsorgane sich im Verlauf von Seelenstörungen oft entwickeln.) — 28) Head, H., Mental states associated with visceral disease in the sane. Journ. of ment. sc. Jan. (Dasselbe wie vorjähr. Ber. S. 76/77 refer.) — 29) Cramer, Icterus, Psychose, Autointoxication? Zeitschr. f. Psych. 53. S. 618. — 30) Wagner v. Jauregg, Ueber Psychosen auf Grundlage gastrointestinaler Autointoxication. Wien. med. Wochenschr. No. 10. — 31) Laroussinie, Un cas de psychose post-influencique. Annal. méd.-psych. 8. Sér. T. III. p. 472. (Nichts wesentl. Neues bietende Beobacht. ein halluc. Verfolg. Wahns nach Infl., Dauer 5 Mon., Ausgang Genesung. Literatur, auch ältere!) — 32) Macphail, R., Post-influenzal insanity. Brit. med. Journ. Septemb. 26. (20 Fälle, 9 Männer, 11 Frauen, im Alter von 18 bis 71 Jahren, die meisten im 6 Decenn. Belastung in 6 Fällen, bei 18 war es die 1. Attaque von Irresein. Form: Melancholie bei 3 Männern, 7 Frauen, „Manie" bei 5 Männern, 4 Frauen, Paral. bei 1 Mann. Melanch. bot Formen von einfacher Depression bis zum melanch. Wahnsinn dar. Bei „Manie" herrschten Wahnideen d. Argwohns und d. Vergiftung vor. Bei 4 Fällen Selbstmordsucht. Von den Männern genasen 4, gebessert wurden 2, starb 1, chronisch wurden 2; von den Frauen genasen 8, starb 1, wurden chronisch 2. Alle Melanch., ausgenommen ein Fall mit let. Ausgang, genasen. Dauer bis zur Genesung bei Männern rund 3, bei Frauen 4 Monate.) — 33) Bond, H., Some points in the relation of diabetes to insanity. Journ. of ment. sc. Jan. (Im Ganzen dasselbe wie die vorjährig. Bericht. S. 66 refer. Arbeit.) — 34) Lührmann, Ueber Alcoholismus. Zeitschr. f. Psych. 53. S. 592. — 35) Bannister, H. M., The relation of alcoholic indulgence to insanity. Amer. Journ. of insan. Jan. (Nichts Neues.) — 37) Repond, Un cas d'ivresse pathologique. Rev. méd. de la Suisse rom. 2. p. 85. — 38) Magnan, Délire alcoolique et délires systématiques dans l'alcoolisme Progr. méd. No. 29. — 39) Liepmann, H., Ueber Albuminurie, Albumosurie und andere körperliche Symptome des Delirium tremens. Arch. f. Psych. 28. H. 2. — 40) Pontoppidan, K., Delirium tremens. Klinische Vorles. Bibliothek for Laeger. 1895. — 41) Warnock, On Hasheesh insanity (The Cairo Asylum). Journ. of ment. sc. Oct. — 42) Kerris, Einige Fälle von inducirtem Irresein. Zeitschr. f. Psych. 53. S. 605. (Drei abgeschlossen lebende Geschwistergruppen betreff. typ. Fälle. Krankheitsform: Paranoia.) — 43) Stark, H., Psychical infection: remarks upon the probability of a mental contagium. Med. Rec. April 18. (Zum kurzen Ref. nicht geeignet.) — 44) Laffan, P. M., Endemic insanity. Brit. m. Journ. Sept. 26.

Ireland (1) weist auf die Zunahme der Kinderselbstmorde in England hin und beschuldigt die educatorische Ueberlastung als Ursache, erwähnt ferner den Fall eines 11jährigen Mädchens, das mit Mitralinsufficienz behaftet, an Melancholie fast ein Jahr lang litt und bei anfallsweiser beschleunigter Herzaction und nach Nasenbluten starke Exacerbationen (lautes Klagen und Jammern) darbot. Shuttelworth berichtet über den Fall eines 12jährigen, stets excentrisch gewesenen Knaben, der zuerst lange Zeit hindurch für Diogenes sich erklärend in einem Fass zubrachte, nachher starke krankhafte Impulse bekam und 2 mal Selbstmord versuchte, in der Anstalt an Blutvergiftung in Folge von Verletzungen beim Einschlagen von Fenstern starb. — In seiner zweiten Arbeit spricht Shuttleworth (2) von der „Ueberbürdung" und deren Folge, der cerebr. Neurasthenie, die besonders bei hereditärer neuropathischer und tuberculöser Anlage, schlechter Ernährung, Menstruationsstörungen sich entwickelt und bei jüngeren Kindern begleitet wird von mattem Gesichtsausdruck, Schwellung und Hängen der Lider. Verlust des Muskeltonus und des Gleichgewichts der Muskelinnervation, von Zuckungen, Stottern, Muskelunruhe bis zu Chorea, bei älteren Kindern weiterhin von Unfähigkeit aufzumerken, Sichversprechen, Neuralgien, Schlaflosigkeit oder Sopor, völliger Muthlosigkeit und Widerwillen gegen die Schule. (Ueber Therapie Bekanntes.)

Wilmarth (3) beschäftigt sich mit den nicht (geradezu) mit hereditärer und angeborener Anlage, sondern mit intra vitam erworbenen bezw. aufgetretenen Krankheiten und Schädlichkeiten zusammenhängenden Geistesstörungen des Kindesalters. Diese schlossen sich an in 322 Fällen an „Zahnkrämpfe" in 75, Trauma in 51, Hirnentzündung, Scharlach je in 42, Fieber schlechthin in 13, Epil. unbekannter Herkunft in 51, psych. Shock (Schreck) in 11, gastrisch. Fieber und Typhus, Pertussis, Masern je in 9, Insolation in 7, Cholera infant. in 6, Varicellen in 5, Malaria in 4, an andere Störungen in vereinzelten Fällen. Bei 300 Sectionen wurden gefunden: sclerotische Hirnatrophie in 96, Porencephalie in 47 (mit Atrophie in 14), Balkendefecte in 29, Hirnagenesie in 22, Hydercephalus in 17, Hirnhypertrophie in 15, Verdickung der Häute in 14 (mit Venenverdickung in 2), tuberöse Hirnsclerose in 13, Microcephalie in 10, primäre Zellen- und Faserveränderung des Gehirnes in 8, anderweitige Veränderungen in vereinzelten Fällen. Bei Anschluss der kindlichen Geistesstörungen an Convulsionen ist die Herkunft letzterer von Gastrointestinalstörungen zu beachten. In 52,5 pCt. blieb geistige Schwäche nach Aufhören der Krämpfe zurück. W. warnt vor zu ausgiebigem Gebrauch von Bromsalzen (postscarlatinöse Convuls. nebst Folgen ausgenommen.)

Parsons (4) erwähnt als Vorboten der senilen Geistesstörungen, Veränderungen und Unregelmässigkeiten der vegetativen Vorgänge, Reizbarkeit, Herrschsucht, Steigerungen oder Nachlässe der Affecte, Gedächtnissschwäche, sodann die noch prognostisch relativ günstige Manie, Melanch. simpl., die übelere „Mel." mit (persecut. und hypochondr.) Wahnideen, die secundäre und als Hauptform des Irreseins im Greisenalter die primäre Dementia, deren Frühdiagnose er richtig als schwierig gegenüber einfacher geistiger Trägheit bezeichnet: Demente Handlungen, Geiz oder Verschwendung, unsinnige Heirathsanträge, Angriffe auf kleine Mädchen, geistiger und auch körperlicher Verfall, zielloses Umherwandern, Verlust der Anstandsbegriffe, Unreinlichkeit mit Urin und Koth, Apathie mit Aufregung abwechselnd sind hier wichtig. Als Ursachen werden genannt: zeitlich fernliegende Heredität, aus den mittl. Jahren datirender Alcoholismus, Syph., Gicht, Rheumatismus, geistige und körperliche Ueberanstrengung, Mangel an Gewöhnung sich selbst zu beherrschen. Prophylaxe: angemessene Lebensweise, keine Ueberanstrengung, kein absolutes Nichtsthun, Regelung der Diät (Appetitmangel zu bekämpfen), des Schlafes. Therapie: die acuten Fälle sind besser in der Anstalt

unterzubringen, Demente unter Erfüllung der Cautelen wohl zu Hause zu verpflegen.

Grassmann (8) erörtert I. die ätiologische Bedeutung der Erblichkeit (Begriff und Umfang derselben), die Thatsachen und Theorien über Vererbung; II. die vererbungsfähigen Qualitäten der psychopathischen Ascendenz (sogenannte Hereditätsgesetze); III. den Inhalt der Vererbung („psychopathische Disposition", Entwickelung der erblichen Anlage, Neigung zur Degeneration); IV. folgt Kritisches über Heredität der Psychosen, wobei G. zu den Ergebnissen gelangt, dass die heutige Lehre von der Erblichkeit der Psychosen der grundlegenden Einsicht in das Wesen und die feineren Vorgänge (anatomischer oder chemischer Natur) bei der erblichen Uebertragung ermangelt, dass der Satz, Geisteskrankheit entstehe immer auf erblicher Grundlage durch klinische (zugleich für erworbene psychopathische Constution sicher sprechende) Erfahrung nicht erwiesen ist, dass die sogenannten Veranlagungszeichen die Bedeutung pathognomonischer Symptome nicht beanspruchen, dass der Nachweis, dass Tuberculose, Gicht, Carcinom etc. psychische Belastungsmomente bilden, statistisch nicht erbracht werden kann, dass die „Hereditätsgesetze noch einer weiteren Untersuchung bedürfen, speciell die Morel'sche Lehre von den Degenerescenzen zu weit geht, indem das Gesunden durchseuchter Generationen weit häufiger eintritt, als diese Lehre annimmt, dass auch der Nachkomme psychopathischer Eltern gleich einem Nichtbelasteten Anlage zu Geistesstörung erwerben kann, endlich dass unzweifelhaft die Heredität, wie sie den wichtigsten ätiologischen Factor in der Pathogenese der Geisteskrankheiten darstellt, so auch ein sehr schwieriges Problem für die wissenschaftliche Forschung noch lange bleiben wird. (Genauere Literaturangaben zu der Frage angeschlossen).

Neff (10) führt zum Beweis dafür, dass bei degenerativem Irresein geistige und physische Degenerationszeichen zusammen vorkommen, auch bei der Vererbung zusammen übertragen werden können, 7 Fälle seiner Beobachtung an, für deren durchgängige Beweiskraft er die Verantwortung trägt:

1. Paranoia mit doppelseitiger Taubheit vom inneren Ohr aus; erblich resp. verwandtschaftlich erwiesene Belastung mit Irresein und Taubheit. 2. Melancholie mit Astigmatismus, Choroiditis, Neuritis opt.: Imbecillität und Augenleiden in der Familie. 3. Verfolgungswahn, Ataxie: Irresein und hereditäre Ataxie (diese auf 4 Generat.) in der Familie. 4. Melancholie in der Schwangerschaft: 16 resp. 18 Tage post part. marastisch verstorbene Zwillinge, deren einer Talipes equin., deren anderer Anurie (Cystenniere und Ureterenverschluss post mort.) zeigten. 5.—7. Mitglieder einer Generation derselben Familie, Eltern Geschwisterkinder, alle 3 haben Ohrverbildungen und sind imbecill (5. ausserdem Fuss-, 6. Thorax-Deformität). Näheres und Stammbäume vgl. im Orig.

Nach Bayer (14) steht neben der chronischen subcorticalen Encephalitis und der arteriosclerotischen E., zwischen D. paralyt. einerseits und D. senilis andererseits die Dementia postapoplectica als durch folgende Eigenschaften hinreichend characterisirte Krankheitsform: Abhängigkeit von den apoplectischen Anfällen; apathisches Wesen, träge Reaction auf die Aussenweltvorgänge, daher schlechte Orientirung über die Umgebung, Gedächtnissmangel für Jüngstvergangenes mit Haften früherer Erlebnisse, im Vergleich zu dem stupiden äusseren Verhalten relativ geringe Intelligenzschwäche, entweder deprimirte (oft hypochondr.) oder euphorische, mit Pläuemachen und Fabuliren verbundene oder häufig labile Stimmung; langsame zitternde Sprache, starker Tremor der Zunge und Hände, häufig halbseit. Paresen- und Pupillendifferenz, Steigerung der Reflexe (nie Fehlen derselben); leicht erkennbare Arteriensclerose, intercurrente Erregungszustände. Sectionsbefunde sind: Arteriosclerose, namentlich an der Fossa Sylv. und auf der Convexität, ältere und jüngere hämorrhagische Herde in Grosshirn- und Kleinhirnrinde, der Centralganglien, nie in d. inn. Kapsel.

Redlich (16) giebt geschichtliche Daten zur Lehre von den polyneuritischen Psychosen Korsakow's (vgl. Jahrb. 1890. S. 58), führt 2 einschlägige Fälle an (vgl. Orig.) und betont — ohne zu verschweigen, dass zahlreiche Uebergänge dieser Störungen zu anderen psychopathischen Processen bestehen — dass die Amentia Meynert's (acut. halluc. Verworrenheit) nicht nur klinisch, sondern auch ätiologisch und prognostisch (leichte Fälle vollständig heilend, schwere „in Folge von Betheiligung des Vagus ungünstig verlaufend") zu diesen Psychosen in allernächster Beziehung steht, dass die Therapie auf die Polyneuritis gerichtet sein und etwa zurückbleibende Gedächtnissstörung mit methodischen Gedächtnissübungen behandelt werden müsse.

Brackmann (17) berichtet über folgenden Fall:

26 jähr., erblich belasteter, von klein auf schwächlicher, nervöser Mann. Seit der Schulzeit viel Kopfschmerzen, mit 9 Jahren Gehirnerschütterung, vom 15. Jahre ab typische Migräneanfälle, im 25. Jahre nach Gemüthsalteration ein Dämmerzustand, daran anschliessend Gehörstäuschungen und Verfolgungsideen von $1^1/_2$ jähr. Dauer. In der Reconvalescenz verstärkte Migräneanfälle, im Anschluss an einen solchen transitorische, mit Schlaf endigende, Amnesie hinterlassende Geistesstörung vom Character hallucinatorischen Verfolgungswahns. Einige Monate später wieder schwere Migräneanfälle und ein Dämmerzustand von mehrtägiger Dauer mit epikritischer Amnesie und für einige Tage nachfolgendem halluein. stuporösem Zustand. Seitdem unregelmässige Migräneanfälle, die unruhigen hallucinatorisch gestörten Schlaf und 3 tägige Verstimmung und Beeinträchtigungsideen mit sich bringen, relative Amnesie hinterlassen. — Epilepsie nicht nachzuweisen. Hinweis auf Hemicran. ophthalm., die hier nicht vorlag. Es handelte sich um die gewöhnliche Form der Migräne; wahrscheinlich ist, dass das Hirn durch die Erschütterung (bei bestehender Belastung und neuropathischer Constitution) noch mehr dazu veranlagt geworden war, auf geringere Reize (Migr.) jedesmal periodisch-transitorische Psychosen zu Stande kommen zu lassen.

Unter Vorführung von 4 typischen Fällen bespricht v. Krafft-Ebing (19) die transitorischen Seelenstörungen bei Neurasthenie, die nach seiner Erfahrung häufiger bei erworbener als bei constitutioneller Neurasthenie vorkommen. Ursachen sind geistige Ueberarbeitung, Kränkungen, Schlafmangel, ungenügende Ernährung als chemische Störung der Rindenelemente (mangelhafter Ersatz verbrauchter Stoffe, Anhäufung von Stoffwechsel-

producten), die klinischen Symptomencomplexe setzen sich zusammen aus Hemmungsphänomenen, partieller Seelenlähmung, Seelenblindheit, Worttaubheit bis zur Associationshemmung, Fehlen der Schluss- und Urtheilsbildung, Bewusstseinshemmung in Gestalt von Dämmer-, Traum- und Stuporzuständen (mit summarischer Erinnerung nachher) und aus Reizphänomen, primordialen (wegen Hemmung im psychischen Organ) oft monströsen Delirien und Hallucinationen bei Erhaltung einer gewissen psychischen Coordination und damit relativer Zweckmässigkeit der Handlungen (also epileptoiden und somnambulen Ausnahmszuständen gleichend). Der Inhalt der Delirien ist vorwiegend expansiv, depressiv nur da, wo vorherrschende Inanition und Gefässkrampf (Krampfpuls, weite träge Pupille) anzunehmen sind. Bei schwerer Inanition besteht eventuell nur ängstliche Verwirrtheit ohne Delirien oder bloss Stupor. Diagnostisch wichtig sind begleitender schmerzhafter Kopfdruck, Steigerung der tiefen Reflexe, Erweiterung der Pupille. Prognose günstig: in 38 Fällen vollständige, meist plötzlich von ausgiebigem Schlaf eingeführte Genesung. Dauer: Stunden bis 12 Tage. Therapie: gute Ernährung, Anregung des Stoffwechsels, Beförderung des Schlafes.

Hoorweg's (23) Fall ist folgender:

26jähr., von 12 Jahren an nervös gewesene Person; mit 15 Jahren häufige hysterische Anfälle, verschlimmert mit dem Auftreten der Menses, dann Paraplegie; mit 19 Jahren Anurie und urinal riechender Vomitus, darauf Kothbrechen und 6 Jahre hindurch Geistesstörung. Bei der Aufnahme: Stupor, sensor., sensib. Anästhesie, Analgesie, Reflexsteigerung, „Ovarie"; innere Organe gesund, Rectum und Blase leer. Verlauf: morgendliche Magenausspülungen enthalten stets Reste vom Abendessen, abendliche Magenausspülungen öfter Fäcalmassen; Einläufe bis $1\frac{1}{2}$ l werden völlig resorbirt, 4—5 Stunden danach reichlicher, Fäcalien enthaltender Vomitus; Blase bei Cathet. leer oder wenig normalen, aber sehr concentrirten Harn enthaltend; Erbrechen + Blaseninhalt gewöhnlich 200—300 g; bei 2 mal täglichem Cath. Erbrechen seltener. Entschiedene Besserung nach systematischer Faradisation von Rectum und Blase. — Verf. glaubt Simulation besonders deshalb ausschliessen zu dürfen, weil zum Nachweis antiperist. Bewegung in das Rectum gebrachtes Amylum und Bismuth bald darauf im ausgebrochenen Mageninhalt nachweisbar waren.

Die Beobachtung Cramer's (29) ergab:

54jähr., nicht belasteter, kräftiger, sehr reizbarer Mann. Alljährlich Icterus gastroduoden. mit hypochondr.-mel. Verstimmung. Die letzte Krankheit dieser Art besonders stark, dabei quälende Schlaflosigkeit, hypoch. Vorstellungen, psychische Depression, Unwürdigkeitsideen, Angstanfälle, Suicid.-Versuche. Anstaltsaufnahme: Apathie, Reaction auf keine Frage, starker Icterus, kein Gallenfarbstoff und viel Eiweiss enthaltend, erst schwaches, dann kein Kniephänomen mehr, Pupillen stecknadelkopfgross, starr; Paraparesis infer.; Icterus zunehmend; Coma und beim Erwachen aus diesem Drohungen mit den Armen („geht weg"). Tod an hypostat. Pneumonie 2 Wochen nach der Aufnahme. Section: Fibrinöse Pneumonie, Icterus anatom. nicht aufgeklärt. Verwachsung von Schädel und Dura, Pia getrübt, Venen stark gefüllt. Hirnwindungen gut, nur hinten etwas abgeplattet. Microscopisch: Hirnrindenfasern (Exner's Methode) überall reichlich, Ganglienzellen (Nissl's Methode) unverändert, nur an ganz vereinzelten Stellen in der Nachbarschaft von Gefässen ältere Blutungen in den pericell. Räumen, blasse Tinction der Zellen, Untergang der Nissl'schen Körperchen, undeutliche Kerne; in den adventitiellen Scheiden zahlreiche Gefässe, auch frei im Gewebe der Rinde und dem central. Höhlengrau frische Blutungen, noch frischere subependymäre in Oblongata und Pons; pericell. Blutungen in den dorsal. Acust.- und sensib. Trigem.-Kern. Untersuchung auf Microorganismen negativ. — Wahrscheinlich ist nach C., dass die toxämischen Producte des Icterus die psychopathischen Veränderungen mit veranlasst haben, da die microscopischen Befunde im Ganzen geringfügig waren, wenn auch die Blutungen in die Zeit der Erregungsperiode gefallen sein mögen.

Mit Hinweis auf die an infectiöse, toxische und gastrointestinale Krankheiten sich anschliessenden Polyneuritiden bespricht Wagner v. Jauregg (30) die muthmasslich auf gastrointestinalen Autointoxicationen beruhenden, mit erheblichen Darmstörungen zusammenfallenden acuten Psychosen, welche sich klinisch als aufgeregte, zum Theil auch als depressive Formen der Amentia Meynert's darstellen und durch starken Aceton-, Indican-, ev. auch Eiweissgehalt des Harns auszeichnen und seiner Beobachtung nach gelegentlich durch Darreichung darmfäulnisswidriger Mittel wie Calomel, Jodoform geradezu coupirt bezw. rasch der Heilung zugeführt werden können. 2 Beispiele werden referirt.

Lührmann (34) stellt folgende Sätze auf: 1) Alcoholismus ist körperliche und geistige Krankheit. 2) „Trinker" ist, wer unfähig ist, aus eigener Kraft seiner Sucht nach Alcohol zu entsagen. 3) Des Trinkers Wille ist ebenso unfrei wie der des constitutionellen Geisteskranken. 4) Nur der sachverständige Arzt kann entscheiden, wann dieser Grad des A. erreicht ist. 5) Bevormundung und Zwangsversetzung in eine Trinkerheilanstalt ist indicirt bei zu Folge der Trunksucht sich und ihre Angelegenheiten zu besorgen unfähigen, sich und ihre Familie dem Nothstand aussetzenden, die Sicherheit Anderer gefährdenden Trinkern; geisteskranke Trinker gehören in die Irrenanstalt. 6) Veranlassung gerichtsärztlicher Untersuchung ist bei allen häufiger im trunksüchtigen Zustande die Gesetze Uebertretenden, krampfkranken oder schon einmal geisteskrank gewesenen oder ihre Frauen der Untreue (fälschlich natürlich) beschuldigenden Trinkern, allen Vagabunden dringend zu empfehlen.

Repond (37) theilt einen Fall von pathologischem Rausch mit:

22jähriger, kräftiger, nur schwach (Vaters Schwester geisteskrank) belasteter Mann, frei von Zeichen von Epilepsie, nach geringem Alcoholgenuss schon streitsüchtig und von Selbstmord sprechend, nicht eigentlich Trinker. Nach nicht übermässigem Trinken mit Cameraden verlässt er ohne Zeichen von Trunkenheit finstern Blicks das Local, sucht in einem fern gelegenen Dorf ein ihm bekanntes Mädchen auf, das ihn abweist, kommt 2 Uhr Nachts nach Hause, schlägt mit dem Gewehrkolben auf den Boden, kommandirt „Feuer". Nach tiefem festen Schlaf geht er Morgens 8 Uhr in Hemd und Hosen barfuss mit dem Gewehr von zu Hause, fällt eine Person an, wird, sich wüthend wehrend, arretirt und ins Spital gebracht. Hier keine Delirien mehr. Den Lebensüberdruss, der ihn bisweilen befällt, führt er selbst auf die deprimirende Wirkung des Alcohols zurück.

Aus Magnan's (38) Vortrag sei Folgendes hervorgehoben: Wahnvorstellungen können sich in Begleitung alcoholischer Delirien entwickeln und Monate lang, nachdem lange Zeit jede Spur des toxischen Deliriums

verschwunden ist, bestehen, wobei Verfolgungs-Ideen gewöhnlich sind, die Scene event. beherrschen. Es ist sozusagen eine Verlängerung des alcoholischen Deliriums mit begrenztem Character, mehr verdichtet in eine Art von vereinzelten, aber bestimmten sensoriellen Störungen; die schreckhaften Hallucinationen der acuten Periode haben den Weg gebahnt zu systematischen Verfolgungsideen in Folge ursprünglicher Urtheilsschwäche, der Kranke ist aus dem toxischen Delirium hervorgegangen mit der Ueberzeugung von der Realität seiner illusionären Sensationen und wenn die Hallucinationen jetzt nicht mehr so lebendig und häufig sind, so persistiren sie angepasst an die von dem toxischen Delirium aufgezwungenen peinlichen Ueberzeugungen, wozu eben eine psychische Insufficienz, eine Prädisposition erforderlich ist. Der einfache Alcoholiker lässt sich nach einigen Tagen der Abstinenz leicht von der krankhaften Natur seiner Sensationen überzeugen, während der erblich belastete Alcoholiker dem toxischen Delirium irrsinnige Nachfolge leistet. Dasselbe gilt für chronische Alcoholiker ohne erbliche Belastung, aber mit abgeschwächter Intelligenz. Die in Folge des anatomischen Krankheitsprocesses bei chronischem Alcoholismus gestörten Beziehungen zwischen den corticalen Centren ist gleichwerthig mit einer erworbenen Gleichgewichtsstörung und neue Excesse, die Alcoholdelirien ausbrechen machen, gehen nicht vorüber ohne systematisirte Wahnconceptionen zu hinterlassen. Bei vorgerückterem chronischem Alcoholismus erlischt jeden Tag das intellectuelle Leben und welches auch die Bahn (Demenz oder allgemeine Paralyse) sei, die der Kranke einschlägt, man findet bald nur noch farblose, schlecht geordnete Wahnideen, wie sie als blödsinnige Conceptionen bei organisch begründeter Demenz vorkommen.

Liepmann (39) untersuchte den Harn von 111 Fällen von Delirium tremens, von welchen nur 72, weil sie im vollen Delirium zur Beobachtung kamen, bei Entscheidung der Albuminuriefrage in Betracht kamen, während 20 Fälle im abklingenden Delirium eintraten, 19 abortive waren. Bei 76 pCt. der auf der Höhe befindlichen Fälle bestand Albuminurie, bei 52 pCt. war dieselbe transitorisch, nicht etwa durch Fieber bedingt steigend und fallend mit Delirium und Pulsfrequenz, in der Mehrzahl der Fälle mit Vollkrisen in 24 Stunden mit den Krisen aufhörend, selten dieselben um einige Tage überdauernd. Bei Halbcrisen schnitt die Albuminurie entweder mit diesen ab oder überdauerte dieselben noch bis zur vollständigen Genesung. Nur einmal schwand die Albuminurie vor der Crise. Bei den 20 erst nach der Acme untersuchten Fällen fand sich 5 mal, nach 1—2 Tagen schwindendes, Eiweiss. Von den 19 Abortivfällen scheiden 2 constant (also nicht in Zusammenhang mit den Delirien), 4 transitorisch Eiweiss aus. Viermal fiel das Aufhören der Albuminurie mit starker Kaliabnahme zusammen. Irgend eine sonstige Gemeinsamkeit der mit Albuminurie verlaufenden und den eiweissfreien Fällen liess sich nicht finden — Albumosurie spielte eine ganz geringe Rolle. Sehr häufig kamen dagegen Trübungen des Harns auf Essigsäurezusatz vor, die auf Salzsäurezusatz wieder verschwanden, früher für Mucin, jetzt für Nucleoalbumintrübungen gehalten bezw. für Zeichen von Mischung beider Körper erachtet: „Nucleoalbuminurie“ bei Delirium tremens.

Warnock (41) stellt folgende Typen des Haschisch-Irreseins auf:

1) H.-Intoxication: Uebermuth, Sorglosigkeit, optische Halluc., Wahnideen der Besessenheit durch Teufel, manchmal eine Art milden Delir. trem. ohne atact. Sympt. Besserung in 1—2 Tagen mit Erkenntniss der Ursache der Erregung. 2) Acute „Manie“: erschreckende Hallucin., unanständ. Betragen, fortwährende Unruhe, Schwatzen, Schlaflosigkeit, Erschöpfung, Incohärenz und vollständiges Aufgehen in die Wahnideen. Dauer einige Monate, manchmal keine Heilung. 3) Demenz mit acuten Ausbrüchen nach jedem Excess (sehr häufig vorkommend). Für gewöhnlich sind die Kr. ruhig und anständig, aber schwatzhaft, energielos, reizbar, sorglos fügen sich gern dem lebenslänglichen Anstaltsaufenthalt, bald leugnen sie den Gebrauch des H., bald prahlen sie mit dessen wunderbaren Wirkungen. Andere angeblich noch vorkommende Formen sah W. nicht. Er bemerkt weiterhin, dass im Allgemeinen nur 7,3 pCt. der in (indische) Irrenanstalten Aufgenommenen als Haschisch-Kranke bei sorgfältiger Kritik sich erweisen und dann nach Abzug der Fälle mit gemischter Aetiologie nur 4,5 pCt. übrig bleiben, Hanfpräparate demnach seltener als angenommen zu Irresein führen. Dasselbe sei auch kürzerdauernd als das durch andere Ursachen veranlasste vorübergehende Irresein.

Laffan (44) berichtet über einen von einigen 60 Häusern mit 300 Einwohnern gebildeten Ort in Ireland, in welchem man 37 Irre und Idioten und 1 durchaus nervöse Familie zählt, und macht darauf aufmerksam, dass der Bereich der Endemie selten begrenzt, der Procentsatz Geisteskranker sehr hoch ist, die ländliche Beschäftigung der Einwohner hier nicht prophylactisch gewirkt hat, die Leute aber — meist Landwirthe und Arbeiter — bei sehr frugaler Lebensweise hart arbeiten, um möglichst viel Geld zu gewinnen und sich nicht hüten, in psychopathische Familien zu beirathen, endlich dass Kröpfe mehr oder weniger häufig vorkommen.

III. Therapie.

1) Schultze, B. S., Die Psychiatrie, Prüfungsgegenstand für alle Aerzte. Jena. — 2) Kretschmar, F., Die Irrenfürsorge am Ausgang des 19. Jahrhunderts. Grossenhain. — 3) Erlenmeyer, A., Unser Irrewesen. Studien und Vorschläge zu seiner Reorganisation. — 4) Scholz, F., Ueber Reform der Irrenpflege. Leipzig. — 5) Binswanger, O., Zur Reform der Irrenfürsorge in Deutschland. Leipzig. — 6) Mendel, E., Zur Reform der Irrenflege. Berl. klin. Wochenschr. No. 1. — 7) Jastrowitz und Gock, Ueber die ministerielle Anweisung vom 20. September 1895 betreffend die Privatirrenanstalten. Zeitschr. f. Psych. 52. S. 1182 ff. — 8) Entwurf eines schweizerischen Irrengesetzes. Arch. f. Psych. 28. H. 1. — 9) Projet de loi fédérale suisse sur les aliénés et nouvelle loi sur régime des aliénés du Canton de Genève. Ann. méd.-psych. 8. Sér. T. III. p. 402. — 10) Turnbull, A. R., The modes of provision of pauper insane. Brit. med. Journ. Sept. 26.

(1. Institutsbehandlung a) i. Asylen. b) i. Arbeits- und Armenhäusern. 2. Familienpflege. Discussion.) — 11) Macdonald, C. F., State care and state maintenance for the dependent insane in the state of New York. Amer. Journ. of ins. July. — 12) Chapin, J. B., On the detention of the insane, and the Writ of Habeas corpus. Ibid. Oct. — 13) Stewart, R. S., The special reports and certificates required by sect. 38 of lunacy act of 1890, and section 7 of the act of 1891. Journ. of ment. sc. July. — 14) Smith, Percy R., Voluntary boarders in english asylum. Ibid. Jan. (Dasselbe wie vorjähr. Ber. S. 80/82 refer.) — 15) Garnier, P., Indication et opportunité de l'internement des aliénés. Ann. d'hyg. T. XXXVI. p. 432. — 16) Rouby, De l'internement des aliénés en Angleterre. Ann. med. psych. 8. Sér. T. IV. p. 377. — 17) Klinke, Zur Frage der Unterbringung der geistesgestörten Verbrecher in den schlesischen Anstalten. Zeitschr. f. Psych. 52. S. 1050. — 18) Carswell, J., Dangerous lunatics charged with crime; Note on operation of 15th section of 25 and 26 sect. cap. 54. (Lunacy states Shet.) Journ. of ment. sc. July. (Geisteskr., die als solche in Privat- oder Anstaltspflege befindl., ein Verbrechen begehen, sollen nicht gerichtlich verhandelt, nicht i. d. Irrenabth. ein. Gefängnisses untergebracht, sondern amtlich einer Irrenanstalt überwiesen werden und dort bleiben müssen, bis sie geheilt oder andere Maassregeln ihrer sicheren Bewachung getroffen sind.) — 19) Schaefer, Ueber Irrenpflege. Zeitschr. f. Psych. 52. S. 1021. — 20) Macpherson, J., The hospital treatment of the insane in asylums. Journ. of ment. sc. Oct. (Fordert für den Spitälern affilirte Irrenabtheilungen: 1. Aufnahme- resp. Wachabth. 2. Krankenzimmerabtheil. für besonderer [klin., chir. etc.] Behandlung Bedürftige, 3. Siechen-, ,Unreinlichen-' Abtheilung. Vorzüge dieser Einrichtungen seien 1. Durchdrungensein des Wartpersonals von der Auffassung der Irren als wirklich Kranker, 2. Erleichterung medicamentöser Behandlung Geisteskranker, sowie der intercurr. ac. Psychosen bei chronisch Kranken, 3. Vereinfachung der Verwaltung und Befreiung der chronischen Irren von der Gesellschaft lärmender und unruhiger Kranken, 5. Verwischung des Contrastes zwischen Unheilbaren und Heilbaren durch fortwährend möglichen Abtheilungswechsel u. s. w.) — 21) Bresler, J., On the increase of insanity and the boarding-out system. Ibid. April. (Zunahme der Geisteskranken nur scheinbar und dieser Schein bedingt durch die Controlle der Anstaltsaufnahmen. Empfehlung der Familienpflege mit Hinweis auf die Einrichtungen in Schottland, Bremen, Hannover, Berlin, Bunzlau, Allenberg, Kortau.) — 22) Ludwig, G., Entwurf eines Lageplans für die neue psychiatrische Klinik in Giessen. Arch. f. Psych. 28. H. 1. — 23) Moeli, C., Die Irrenanstalt Herzberge der Stadt Berlin in Lichtenberg. Berlin. — 24) Pierson, R. H., Lindenhof, Heilanstalt für Gemüths- und Nervenkranke. Leipzig. — 25) Hurd, H. M., The new Mc Lean Hospital. Amer. Journ. of insan. April. — 26) Snell, Die Irrenanstalt in Tokio-Japan. Zeitschr. f. Psych. 53. S. 622. (Nach eigenem Eindruck geschildert.) — 27) Marandon de Montyel, E., La thérapeutique de la folie dans ses rapports avec l'organisation médicale des services publics d'aliénés. Bull. d. thér. 9. liv. — 28) Derselbe, L'open door et le congrès de Nancy. Ann. méd.-psych. 8. Sér. T. IV. p. 390. — 29) Derselbe, La nouvelle hospitalisation des aliénés. Ibid. T. III. p. 260. — 30) Dehio, Einiges über Wachabtheilungen. Zeitschr. f. Psych. 53. S. 577. (Nach den in Lauenburg [b. Belegstärke d. W.-A. mit 15—18pCt. der Kr.) gemacht. Erfahrungen hat sich 1. der Guddensche Typus der W.-A. durchaus bewährt, 2. müssen Unruhige und körperl. Kranke in besond. Abth. [Sälen f. Unruh., Baracken f. ansteck., incl. tuberculöse Kr.] untergebracht werden, 3. Closet, Bad, Waschvorrichtung auch im Wachsaal vorhanden sein, 4. muss ein eigenes Untersuch.-Zimmer, in das d. Kr. in ihr. eign. Bett gebracht werden können, vorhanden sein, 5. ein Arzt bezw. Oberwärter muss im Hause wohnen.) — 31) Turnbull, H. R., Note on female nursing in an asylum-sick-room. Journ. of ment. sc. October. (Versuch gelobt; angebl. Vortheile vgl. i. Orig.) — 32) Maury Deas, P., The uses and limitations of mechanical restraint as a means of treatment of the insane. Ibid. Jan. (Mech. Zwang sei nur indicirt bei Selbstgefährlickeit, Masturbation, nicht bei sonst gefährl. Verhalten. Anführung einiger Fälle v. günst. Erfolg bei dieser Maassnahme.) — 33) Wattenberg, Sollen wir isoliren? Zeitschr. f. Psych. 52. S. 928. — 34) Peveling, Fenster und Thüren der Zellen für die Provinzial-Irrenanstalt zu Neu-Rupp. Ebend. 52. S. 1035. (Gestellte Anforderungen waren: Thunlichste Nachahmung gewöhnlicher Fenster; Schutz gegen Zerstörungstrieb, Entweichen und Selbstverletzung: Möglichkeit natürlicher Lüftung, vollständiger und theilweiser Verdunkelung; Oeffnung, Schluss, Verdunkelung vom Flur aus; Zugänglichkeit aller Theile für Reinigung und Erneuerung; solide, dauerhafte, baulich billige Ausführung, Verwirklichung vgl. wegen d. Abbildungen im Orig.) — 35) Karrer und Ludwig, Wärterfrage. Referate. Ebend. 52. S. 1128. (Bei uns sicher allgemein bekannt. Ausländer mögen d. Orig. nachsehen.) — 36) Karrer, Zur Wärterfrage. Ebend. 53. S. 453. — 37) Mc Donald, W., Remarks on the nursing staff in asylums. Journ. of ment. sc. July. (Verbesserung der Lage, ev. Aussicht auf Pension, Verleihung v. Dienstauszeichnungen werden d. zu häufig. Wechsel des Wartpersonals steuern. Damen als Wärterinnen nur f. Privatpatientinnen zulässig.) — 38) Merklin, Der Unterricht des Irrenpflegepersonals. Ztschr. f. Psych. 53. S. 575. (Genauere Veröff. i. Aussicht gestellt.) — 39) Edel, M., Aus der städtischen Irrenanstalt zu Dalldorf. Ueb. Versorgung verletzten und invalide gewordenen Wartepersonals. Ebendas. S. 643. — 40) Robinson, W. F., Treatment of insanity in other than public establishments. Amer. Journ. of insan. April. — 41) Norman, C., The domestical treatment of the insane. Dublin Journ. Febr. — 42) Weatherly, L. A., The law of England in relation to single patients. Journ. of ment. sc. January. — 43) Behr, Bemerkungen über die Behandlung unruhiger Geisteskranker ausserhalb der Irrenanstalten. Petersb. m. Wchschr. No. 44. (Mangel an Neubauten, Ueberfüllung der vorhand. Anst. in Russl. erzwingen Behandl. auch unruhiger Kr. zu Hause; diese wird erleichtert durch Bettbehandl. Anwendung von Zwangsmaassr. und Narcoticis ist möglichst zu beschränken, Nahrungsverweigerung ist kein Hinderniss häusl. Behandl.; die Selbstmordgefahr muss stets bedacht werden, Heranbildung geeigneten Pflegepersonals ist zu erstreben.) — 44) Meyer, (Göttingen), Rest. and exercise in the treatment of nervous and mental diseases. Journ. of ment. sc. April. (Wohlthät. Einfluss absolut. Ruhe wird betont in frisch. u. bei Exacerbat. in chron. Fällen unter Hinweis auf Häufigkeit von Schwäche d. Herzact., Unregelmässigk. und Schwäche d. Pulses, Atonie der Arterien, unregelmäss. Respir. als Ermüdungszeichen, insbesondere 1—2 wöchentliche Bettruhe empfohlen.) — 45) O'Neill, D., The systematic employement and training of the insane. Journ. of ment. sc. April. (Heranziehung der Kr. zu allen für den täglichen Bedarf der Anstalt nöthig. Arbeiten [Bäckerei, Schmiederei, Schusterei, Zimmermanns-, Maurerarbeit, Feldbau etc.], unter Aufsicht professionell gebildeter Wärter, gegen kleinen den Entlassenen zu Gute komm., d. Arbeitslust steigernden Lohn wird empfohlen.) — 46) Neff, J. H., Uses of electricity in the treatment of insanity. Amer. Journ. of ins. Jan. (Nichts Neues.) — 47) Boody, G., Innunctions of leaf-lard in cases of emaciation. Ibid. July. (Der Annahme, dass systemat. Speck-Einreibungen in 3 Fällen von Geistesstörungen mit hochgrad. Macies d. Zunahme

des Körpergewichts durch Resorption des Fettes v. der Haut her bedingt hätten, können wir uns wohl nicht anschliessen, sondern nur an andere Einflüsse dabei denken.) — 48) Robertson, Farquharson, Macphail, Bruce, Clouston, Mickle, A discuss. on the treatment of mental and nervous diseases by animal extr. Brit. m. J. Sept. 26. — 49) Hill, W., Some observations on the effect of thyroid feeding of the insane. Transacts. of the Maryl. med. a surg. faculty. p. 29. (Von 40 Fällen bei Thyroidbehandlung ungebessert 8, gebessert 12, erheblich gebessert 14, geheilt 5, gestorben 1. Erwähnung der Reactionserscheinungen dieses Mittels.) — 50) Wright, W. E., The clinical study of four cases of insanity treated with thyroid extract. Med. News. April 4. (Unter den bekannten Reactionserscheinungen erzielte das Mittel bei 2 Maniacal. Besserung, bei 2 Melanchol. nichts.) — 51) Rogers, J. G., Thyroids in catalepsie. Amer. Journ. of insan. July. (2 Fälle. Bei gewissen Hemmungen der sensor. motor., geistigen Thätigkeit ohne grobe organ. Läsion, wie bei Catatonie und gewissen Formen stuporösen Irreseins und von Melanchol. kann Thyroid-Fütterung nützlich sein. Grössere Dosen machen Symptome wie bei dem auf Hyperthyreoidismus vielleicht beruhenden Morb. Basedow.) — 52) Mendel, K., Myxödem und Cretinismus. Diss. Berlin. — 53) Derselbe, Dasselbe. Berl. klin. Wochenschr. No. 45. — 54) Middleton, A case of sporadic cretinism. Glasgow Journ. Febr. — 55) George, W. H., Notes on a case of sporadic cretinism. Brit. med. Journ. Sept. 12. — 56) Rushton Parker, W., A goitrous cretin under Thyroid extract. Ibidem. June 27. — 57) Vinke, H. H., Sporadic cretinism., with report of a case treated with thyroid extract. Med. News. No. 12. — 58) Peterson, Pearce, Baily, Resultats of thyroid treatment in sporadic cretinism. Pediatrics. Vol. I. No. 10. — 59) Telford-Smith, T., Tendency to bending of the bones in cretins under thyroid treatment. Brit. m. Journ. Sept. 12. (Mehr chirurg.-orthopäd.) — 60) Rushton Parker u. A., A discussion on sporadic cretinism in the country and its treatment. Lantern exhibition of cretins illustrating the effects of thyroid treatment. Ibid. — 61) Laplace, E., The surgical treatment of insanity. Med. a. surg. Rep. June 27. — 62) Giacchi, O., La craniectomia negli idioti e nei pazzi cronici. Raccoglitore med. 10. IX. ff. — 63) Dana, Ch. L., Craniectomy for idiocy. Amer. Journ. of ins. January. — 64) Shuttleworth, G. E., The surgical treatment of idiocy. Journ. of ment. sc. January. — 65) Telford Smith, T., Craniectomy, with the after-history of two cases. Ibidem. — 66) Schofield, A. T., Mental therapeutics. Lancet. August 29. (Theoretisirend, nichts Neues enthaltend.) — 67) Fletcher Beach, Cases of mental infeeblement; recovery. Lancet. Nov. 7. (Bericht über 3 schwachsinn. [wovon 2 epil.] Kinder von 12, 11, 11 J. mit erbl. Belast. durch Phthise resp. Trunksucht und Geistesstör. „Genesung“ bezw. Besserung durch method. Unterricht.) — 68) Crichton Browne, Blandford u. A., Prevention and treatment of insanity of pregnancy and the puerperal period. Brit. m. Journ. Jan. 18. (Theoretische Erörterungen über Natur der Puerp.-psychosen, Berührung der prophyl. und therap. Frage der Gefahren von Verheirathung und Entbindungen bei neuropath. Personen, der Frage von Einleitung der künstl. Frühgeburt bei Graviditätsirresein, von häuslicher oder Anstaltsbehandlung solcher Kranken, von Verhütung der Schwangerschaft bei bereits puerperalirrsinnig gewesenen Frauen.) — 69) Tull, J. H., Notes on the treatment of epileptic insanity. Journ. of ment. sc. April. (Brombehandlung geisteskr. E. nicht so erfolgreich wie bei gewöhnl. E.; Bromkal. steht obenan, folgt Bromammon., Bromnatr. wenig leistend, Borax nutzlos. Körpergewicht weder durch Zahl der Anfälle noch durch Bromgebrauch beeinflusst. Referat über 18 Fälle aus Indien.) — 70) Darin, H., Rapports de l'alcoolisme et de la folie, prophylaxie et traitement des alcooliques. Paris. — 71) Wood Kenton, A a. Yellowlees, D., On recent proposals regarding habitual drunkhards and other offenders. Journ. of ment. sc. January. — 72) French, J. M., The treatment of alcoholism. Med. a. surg. Rep. Sept. 12. (Nichts Neues.) — 73) Hearder, F. P., Sulphonal poisoning in a case of melancholia agitans. Lancet. Nov. 14. (40 jähr. Mann. 6 Tage nach Gebrauch von 3 mal tägl. 15 grains S. Intoxicationserscheinungen, die nach Aussetzen des Mittels schwanden, mel. Depression blieb zurück.) — 74) Oswald, L. R. u. A., The use of sedatives and hypnotics in the treatment of insanity. Brit. med. Journ. Sept. 26. (Discussion, vergl. Orig.).

Mendel (6) erklärt sich im Allgemeinen mit den von der Regierung geregelten Irrenanstaltsverhältnissen (ärztliche, speciell psychiatrische Leitung, räumliche Vertheilung der Anstalten, Zahl der Assistenzärzte, Beaufsichtigung durch den Physicus) einverstanden, geht dann auf die Frage der vielberufenen Freiheitsberaubung und Verhaltung angeblich Geistiggesunder in Irrenanstalten ein und constatirt, dass keiner dieser Fälle vor den Behörden Stand gehalten hat, dem Justizministerium auch kein Fall bekannt ist, in dem Jemand mit Unrecht entmündigt worden ist. Eine andere Aufsicht über die Anstalten als die einer jährlich einmal kommenden Commission sollte aber doch eingeführt, nämlich eine Behörde geschaffen werden, welche dauernd mit den betreffenden Anstalten in Verbindung steht, je nach eigenem Ermessen in die Anstalt kommt und revidirt. Ein Jurist sollte ihr angehören, der zugleich der Vertreter der noch nicht unter dem Schutze des Gesetzes stehenden, d. h. der noch nicht entmündigten Kranken ist.

Chapin (12) weist darauf hin, dass nach den Grundsätzen der Habeas-corpus-Acte Irrsinnige oder deren Angehörige auf eine gerichtliche Untersuchung der Nothwendigkeit einer Anstaltsverhaltung dringen können und führt 11 Fälle an, welche beweisen, dass die ärztlichen Leiter der Anstalten keinen Grund haben, sich dem zu widersetzen, da in 10 davon das Irresein vom Gericht ohne weiteres anerkannt und nur in einem Falle die Entlassung angeordnet wurde.

Die wesentlichen von Garnier (15) betonten Gesichtspunkte sind folgende:

Entfernung aus der Familie, besonders frühe Aufnahme in die Anstalt ist für die meisten Fälle die beste und erfolgreichste Behandlungsmethode. Wo Gemeingefährlichkeit angegeben wird, ist die Indication der Anstaltsaufnahme individuell, sofern noch nichts Bedenkliches vorliegt, aber um Chronisch-Werden der Psychose zu vermeiden, empfehlenswerth. Die Fortschritte der Psychiatrie und die Einrichtung der Anstalten ermöglichen fast jede Vermeidung mechanischen Zwangs, die medicamentöse Behandlung erfordert möglichst geringe Zahl von Kranken pro Abtheilungsarzt. Die psychische Behandlung soll hauptsächlich in der Wirksamkeit der ärztlichen Zurede und in der von vielen Kranken noch gewürdigten Milde bestehen, nie in Einschüchterung und Strafe. Die moderne Anstalt soll freundlich sein, den ehemals finsteren Eindruck abwerfen, an ländliche Colonien sich anlehnen, soviel wie möglich den Anblick des gewöhnlichen Lebens bieten. Viel willkürliche Besuche sind (entgegen manchen neueren Anschauungen) nicht nützlich. Provisorische Entlassungen, wenn auch administrativ etwas bedenklich,

geben den Vortheil einer gewissen Aufnöthigung der Bewegung in Freiheit (vorbehaltlich der Wiederaufnahme). Vorsicht ist nöthig bei Entlassung von krankhafter Gefahren bringender Logik, zumal Verfolgungswahnsinniger. Die seit einiger Zeit nachgewiesene Abnahme der Heilungen ist fast nur scheinbar (Anhäufung chronischer Fälle in den Anstalten, daher Verspätung der Aufnahme frischer Fälle). Sonderung der Anstalten in Heil- und in Pflegeanstalten ist nur berechtigt, wenn zur Entlastung der Anstalten von secundär Geschwächten und Senilen für letztere besondere, nicht dem Irrengesetz unterstehende, Asyle begründet werden. Genesende bezw. geheilte Entlassene sollen nicht gleich ganz sich selbst überlassen werden. Vorsichtsmaassregeln gegen Rückfälle alcoholisch delirant Gewesener sind zu schaffen.

Nach Klinke (17) verbietet die geringe Zahl der unheilbaren geisteskranken Verbrecher in Schlesien die Begründung einer besonderen Anstalt für dieselben, sofern nicht mehrere Landarmenverbände diesbezüglich sich vereinigten. Besonders starke Anhäufung der gefährlichen Elemente an einem Ort ist zu widerrathen, die Idee die gefährlich irren V. in einem Appendix des Correctionshauses (ohne ärztl. Regime) unterzubringen, psychiatrisch unzulässig. Möglich wäre Einrichtung eines Adnexes an eine der Irren- oder Pflegeanstalten, einfacher aber (entsprechend dem bisherigen Modus), unter gleichmässiger Vertheilung der besonders störenden Elemente, Schaffung geeigneter fester Abtheilungen an den einzelnen Anstalten.

Schäfer (19) fasst die Gesammtheit der Irrenpflege („geistige Hygiene unheilbarer und reconvalescenter Kranken“) in Erfüllungen von folgenden Aufgaben zusammen: Handhabung der gesammten Anstaltsdisciplin = „Behandlung der Gesunden“ d. h. der Angestellten, besonders des Wartepersonals durch directe Verhandlung mit denselben auf der Abtheilung, durch die geselligen Spiele, gemeinsamen Ausgänge (des Arztes, des Personals, der Kranken), sodann in Gewährung möglichster Freiheit in der Bewegung der Kranken (weitgehender Licenz freien Ausgangs), weiterhin in Sorge für passende Beschäftigung, endlich in Pflege von Unterhaltung und geselligem Umgang (Zeitungen, Gesangsübungen, Spielen der verschiedensten Art (mit Preisen), Theaterspiel, Morgenspaziergängen, Tanzvergnügen etc.

Nach Hurd's (25) Darlegung suchte man durch die Einrichtungen der neuen Mc Lean-Irrenanstalt Folgendes zu verwirklichen:

1) Schaffung freundlicher, anheimelnder, event. eleganter Umgebung, 2) Möglichkeit der etwa erwünschten Absonderung von Anderen, 3) baldige Genesung fördernde Umgebung, 4) normale Beschäftigung und körperliche Uebungen (in Turnabtheilungen unter Aufsicht) für alle Kranken jeder Classe, 5) Möglichkeit erschöpfenden Studiums jedes Falles durch klinische und diagnostische Methoden behufs des Heilplans, 6) Möglichkeit des Studiums der krankhaften psychologischen Lebensäusserungen durch exacte Methoden zur Förderung der Psychiatrie, 7) Erziehung und technische Ausbildung des Wartepersonals bei Gewährung angesehener Stellung desselben.

Marandon de Montyel (27, 28, 29) erklärt, dass Sicherung der individualisirenden Behandlung zu erstreben ist entweder mit Verdoppelung der grossen Abtheilungen in den Anstalten und Theilung derselben in solche für Heilbare und Chronische oder durch Anlage von Abtheilungen für Kinder, Epileptiker, Alcoholiker oder durch Ueberweisung von 1—2 Abtheilungen an je einen Unterarzt. Neue Anstalten sollten nicht mehr als 300 Plätze haben, Versuche mit Familienpflege gemacht, event. Specialasyle für besondere Arten von Krankheitsformen begründet werden. — Open-door-system hat sich ihm bewährt, wenn es auch mehr Arbeit und Verantwortung für den Arzt und einige Vermehrung des Wartepersonals nöthig macht. Ueber die Hälfte der Kranken können mit diesem System unter Beschäftigung (wenn z. Th. auch nutzloser, nur unterhaltender) behandelt werden. Die Arbeitslust wird gesteigert durch Extraspeisen und Getränke, Lohn; Entziehung von Vergnügungen. Versetzung in geschlossene Abtheilungen dienen als Disciplinarmittel. Häufige Besuche der Angehörigen, speciell auf den Abtheilungen und nicht nur an festen Tagen sind sehr zu empfehlen.

Im Princip ist Wattenberg (33) für vollständige Vermeidung der Isolirung, anerkennt aber die Möglichkeit, dieses Princip durchzuführen in Anstalten mit grosser Aufnahmeziffer bei relativ wenig Wartepersonal. Er kritisirt die verschiedenen Grundsätze über Indicationen der Isolirung und über Einrichtung der Zellen, betont, dass wahrscheinlich mit Beseitigung der Isolirung die Zahl der Unglücksfälle abnehmen werde und dass jeder Kranke auch nach kurzer Einsperrung um einen Grad an Menschenwürde sinke, genesen bezw. gebessert nur meist mit Schrecken der Isolirung gedenke, ferner das bedrückende Gefühl des Arztes, durch Isolirung einen Kranken der „Vernachlässigung“ auszusetzen, den Vertrauensverlust der Kranken gegenüber dem Arzt, da Isolirung stets als Strafe aufgefasst werde, die Verderbniss der Gesinnung des Wartepersonals durch Isolirung der Kranken, will aber doch noch vor der Hand für zur Beobachtung eingelieferte Verbrecher einzelne Isolirzellen aufrecht erhalten wissen. Zum Ersatz der I. empfiehlt W. Bettbehandlung in Verbindung mit Wacheabtheilungen (1 für Ruhige, 1 für Unruhige), Beruhigungsbäder, hydriatrische Einwickelungen, passende Gesellschaft für jeden einzelnen Kranken, durch Studium jedes Falles ermöglichte Verhütung von Erregungen, Absonderung Aufgeregter mit 1—2 „Pflegern“ und zugleich hydriatrische Einwickelung. Die Anwendung medicamentöser Beruhigungsmittel wird nach W. jedenfalls durch Abschaffung der Isolirung nicht steigen, auch die Zahl des Wartpersonals nicht, bezüglich dessen Erziehung etc. zu dem Dienst bei Vermeidung jeder Isolirung der Kranken das Original zu vergleichen ist.

Norman (41) erklärt die familiale Verpflegung für nach ausländischen Erfahrungen sehr erweiterungsfähig, auch unter scheinbar nicht ganz günstigen Verhältnissen des Versuches werth, für vortheilhaft bei ihrer Einführung in Irland, da die Bevölkerung von einfachen Gewohnheiten und den Leidenden günstig gesinnt und bedürftig genug ist, um sich gern auf ehrliche Art den Kampf um die Existenz zu erleichtern. Weatherly (42) tritt für die Anwendung der zum Schutz der Geisteskranken erlassenen Gesetze auf die Beherberger der Kranken in Privatpflege ein und schlägt zur Beseiti

gung der Uebelstände in dieser Pflegeform Aufklärung des Publicums über das Wesen des Irreseins, Vereinfachung der Anzeigepflicht in leichteren Fällen, Aufstellung besonderer Districtscontrolbeamten für die Krankenpflege vor.

Die (unter 48 angeführte) Discussion über Therapie mit thierischen Extracten ergab Folgendes:

Robertson: Myelin in Form von frischem Schafshirn, angewendet in 17 Fällen: 6 Melanch., 3 chron. Manie, 2 Paranoia, 1 primäre Demenz mässigen Grades, 5 organ. Rückenmarkskrankh., erzielte angeblich bezw. scheinbar auffallende Besserung bei dem Fall von prim. Demenz, Besserung bei einem, Heilung bei einem anderen Fall von Melanch., vorübergehende Besserung bei einem Fall von chron. Myelitis; Cerebrinin (concentr. Form des vorig.): in 3 Fällen von Melanch. Besserung bei 2, bei 2 F. von chron. Manie Verschlimmerung: Thyreoidea-Extract: nur in 1 Fall von Melanch. vorübergehende Besserung; Brown-Sequard's Testikel-Extract: nichts. Thymus-Extract wurde nur in 1 Fall von nicht hierher gehöriger Lymphdrüsenkrankh. angewendet. — Farquharson: 13 Fälle von Irresein ohne günstigen, wiederholt sogar mit ungünstigem Erfolg mit Thyr.-Extr. behandelt. — Macphail rühmt Thyr.-Extr. für „gewisse" Fälle (auf 50 Versuche gestützt), erklärt Thymus-Extr. für unwirksam, Cerebrinin für unsicher. — Bruce findet Thyr.-Extract nützlich, alle übrigen Extracte unwirksam. — Clouston tritt für Thyr.-Extract ein.

Die Beobachtungen über Besserung von sporadischem Cretinismus bei Thyreoidea-Behandlung, meist mit instructiven Portraits der Kranken versehen, sind der Hauptsache nach diese:

Mendel (52): 12jähr., vom Vater her belastetes Mädchen. Langwierige, schwere Geburt, danach Asphyxie. Körperliche und geistige Entwickelung sehr langsam und ganz kümmerlich. Armseliger Sprachschatz, Sprache undeutlich, Heiterkeit, einige Gedächtniss- und Combinationsfähigkeit. Eindruck = 2—3jähr. Kind. Rachitis, Myxödem, Fehlen der Schilddrüse, abnorme Zahnentwickelung, Strabismus, Muskelschlaffheit, spast. Gang, Genu valg., Pes varo-equin. etc. Erfolg der Thyr.-Behandlung: Abnahme der Schwellungen im Gesicht, Besserung von Appetit und Motilität, Zunahme der Temperatur und Harnstoffmenge, aber bald fatale Nebenwirkungen (Schwäche, Oligurie). (Litteratur.)

Middleton (54): 2½jähr., nicht belastete Cretine. Erfolg der — einmal wegen Eczems und Fieber ausgesetzten — Thyr.-Behandlung: Gesichtsausdruck intelligenter, Längenwachsthum, Zahndurchbruch, Normalwerden der Zunge, aber keine Sprech- und Gehfähigkeit.

George (55): Etwa 12jähr. Cretine. Erfolg im Verlauf von 9 Monaten auffallende Besserung der somat., weniger der psych. Störungen.

Rushton Parker (56): 18jähr. Cretine, Kropf; geboren in einem sumpfigen Thal, Mutter ebenfalls strumös, in der Gravidität durch einen Schuss verwundet. Erfolg Besserung.

Vinke (57), 6jähriger, von epileptischer Mutter stammender Cretin, geboren nach 10monatl. Gestation. Erfolg: nach 5 Monaten auffällige Besserung.

Peterson, Pearce, Baily (58). 1. 1½jähr. cretinöser Knabe, nach 6 Monaten „geheilt". 2. 15jähr. Cretine, nach 6 Monaten gebessert. 3. 60—80jähriger Cretin ungebessert (nicht regelmässig behandelt.) — Zusammenstellung von 39 Fällen ergiebt: Myxödem heilt auch bei Kindern unter Th.-B., Besserung im Allgemeinen betrifft mehr die körperlichen (Wachsthum, Zahnen, Gehenlernen) als die geistigen Störungen, Intoxications-Gefahr bei Kindern geringer als bei Erwachsenen. Möglichst frühzeitiger Beginn der Behandlung und längere Fortsetzung (über 1½ Jahre) rathsam. Die unter 60 genannte Discussion ergab:

Parker: Myxöd. Ablagerungen verschwinden, Wachsthum wird rasch, körperliches Befinden, Lordosen, Kröpfe, Sattelnase, Intelligenz (Physiognomie) werden gebessert bei Th.-B.. Fehlen oder Atrophie oder kropfige Entartung der Schilddrüse sind Hauptursachen des Cretinismus.

Smith: Bei den (in etwa 5 pCt.) Mongolentypus zeigenden Idioten mit hypoplastischer Schilddrüse und subnormaler Temp. ist der Erfolg der Th.-B. in physischer und psychischer Hinsicht weniger deutlich als bei Cretinen. Gleiches gilt für die nur geistige Apathie und Schwerfälligkeit der Sprache bietenden Idioten. Knochenerweichung bei Thyr.-Fütterung beachtenswerth.

Thompson: Von 5 Kr. von 5—40 Jahren boten die jüngsten die besten Erfolge durch Th.-B. Hinweis auf die fötale Complic. mit Knochenerweichung im Jugendalter (Rachit. adolesc.?)

Aus den auf chirurgische Behandlung der Geisteskrankheiten bezüglichen Arbeiten heben wir hervor:

Laplace (61) berichtet über 2 Fälle von traumatischem und 2 Fälle von idiopath. mit günstigem Erfolg operativ behandeltem Irresein. 1. 34jähriger Mann, nach Sturz auf den Kopf mit heftigem Kopfschmerz complic. Psychose, Lues wahrscheinlich. Trepanation an der Verletzungsstelle, Entfernung einer mit der Dura festverwachsenen Exostose (Button of bone) entsprechend dem Tub. pariet. Genesung in 3 Wochen. 52jährige Frau, nach Faustschlag auf den Kopf Dementia mit Gewaltthätigkeiten. Trepanation an der schmerzhaften linken Schläfe: Knochen auf das Doppelte der Norm verdickt, Dura hyperämisch. Genesung in 3 Wochen. 3. 26jähriger Mann, schwere Melancholie. Muthmaassung chronischer Meningitis. Trepanation an der linken Schläfe und Abtragung eines Quadr.-Zollsknochen im Bereich der Coronalnaht. Starke Blutung. Genesung in 1 Monat. 4. 55jährig. Mann. Mit heftigem Frontalkopfschmerz complicirter Verfolgungswahn. Craniotomie am Sitz des Schmerzes. Duraverwachsungen daselbst, Lösung derselben, starke Blutung. Genesung.

Giacchi (62) hatte bei mehr als 50 Craniectomien 6 pCt. Sterblichkeit. Er beschreibt seine Methode und berichtet kurz über: 1. u. 2. Besserung von impulsiver Idiotie bei Kindern; 3. Heilung eines Falls von halluc. Paranoia; 4. Heilung eines Falls von chronischer Verwirrtheit nach „Manie".

Dana (63) berichtet über 12 eigene Beobachtungen von Craniotomie bei Idioten, deren 3 gebessert, 5 nicht gebessert wurden, 3 starben, 1 zweifelhaft bezüglich des Erfolges blieb und giebt eine tabellarische Uebersicht von 22 Fällen der Lit., bei welchen Besserung in 6, keine Besserung in 10, Tod in 6 Fällen eintrat. Die Indication der Operation (Mortalität bei C. sei jetzt nur noch 5 pCt.) betreffend, werden das Alter unter 4 Jahren und nicht complicirte geringe Microcephalie als besonders wichtig betont; Contraindicationen seien: Cretinismus, erhebliche Microcephalie, hereditäre Syphilis, Tuberculose, aber nicht Rachitis. Den Motiven, dass durch die event. mehr- ja vielfach zu wiederholende Operation ärztliches und Pflegepersonal dem betreffenden Kinde mehr Aufmerksamkeit widmen und die Operation selbst auf die Idioten pädagogisch wirke, können wir nicht beipflichten. — Shuttleworth (64) hält Craniectomie für werthlos in den meisten Fällen von congenitaler Microcephalie, nützlich bei früher

Nahtsynostose, verkennt aber die Schwierigkeit der Diff.-Diagnose beider Zustände nicht. Passend sei ferner die Operation bei traumatischer Epilepsie, bei Hemiplegie, Athetose nach intracraniellen Blutergüssen bei der Geburt, bei die geistigen Functionen gefährdenden Ergüssen bei Hydroceph., tubercul. Meningitis, Hirnhypertrophie; auch Imbecillität durch Syph. hered. könne durch die Operation gebessert werden. — Telford Smith (65) berichtet über 2 Fälle von Idiotie (3 und 7½ Jahre), die mit Craniectomie (Fall 1 fünf-, Fall 2 einmal operirt) behandelt wurden, ohne günstige Resultate zu zeigen.

[Bolling, G., Ueber die Anwendung der Bettruhe für die Behandlung der Geisteskranken. Hygiea. LVIII. 1. p. 1—27.

Nach Verf. ist die Behandlung mittelst Bettruhe an und für sich die wichtigste Behandlung für einen Geisteskranken. Es soll so die erste Behandlung während des Verlaufes der Krankheit sein. Während dieser Behandlung lernt der Arzt seinen Patienten kennen.

Die Wirkung der Bromsalze in grossen Dosen (bis 4 und 5 g mehrmals täglich) zeigte sich dem Verf. bedeutend in maniacalischen Anfällen, jedoch zeigte sich bald genug grosse Abgestumpftheit. Als diese aufhörte, fing die Excitation wiederum an, aber der Patient war bedeutend leichter zu handhaben als bei den gewöhnlichen maniacalischen Anfällen, obgleich keine Verkürzung dieser constatirt werden konnte.

A. F. Eklund (Stockholm).

Geill, Ueber die Anwendbarkeit von einigen neueren Hypnoticis bei der Behandlung von Geisteskranken. Hospitalstidende. No. 30—31.

Der Verf. hat an der Irrenanstalt in Aarhus Hypnol, Chloralose und Trional versucht. Vom Hypnol verspricht er sich nichts bei der Behandlung von Geisteskranken, es ist weniger verlässlich als das Chloral und theurer als dieses. Die hypnotische Wirkung der Chloralose ist so ziemlich dieselbe wie die des Chlorals und 0,4 g der Chloralose entsprechen 2 g des Chloral. Der Verf. hat bei einem einzelnen Patienten ein gross-papulöses Chloralexanthem nach Gebrauch der Chloralose beobachtet. Das Trional ist dem Sulfonal vorzuziehen; es ist weniger gefährlich, bewirkt bei denselben Dosen schneller den Schlaf. Es kann aber auch ernste Vergiftungen hervorrufen. Verf. hat eine solche mit tödtlichem Ausgang beobachtet:

Eine 47jährige (weibliche) Paranoica bekam vom 26. Januar 1896 an 1 g Trional jeden Abend. Am 2. März, nachdem sie im Ganzen 37 g bekommen hatte, stellte sich Erbrechen ein, worauf das Mittel gleich supponirt wurde. Erst am 7. März hörte das Erbrechen auf. Am 10. März des Abends starke Unruhe, worauf ein paar epileptische Anfälle kamen. Tags darauf, Apathie, Diarrhoe und unfreiwilliger Abgang der Excremente. Deutliche Parese aller 4 Extremitäten und der linken Gesichtshälfte. Zunge nach links. Undeutliche Reflexe. Normale Pupillenreactionen, keine Schluckbeschwerden. Am 16. März war der Urin stark hämatoporphyringefärbt, stark sauer, ohne Eiweiss, eine spätere Untersuchung zeigte, dass im Harn ein rother Farbstoff war, dessen Spectrum bei saurer alcoholischer Auflösung, den für Hämatoporphyrin bei ähnlicher Auflösung characteristischen Absorptionsstreifen enthielt.

Bei zunehmender Lähmung mit vollständiger Anästhesie trat der Tod am 21. März ein. Der Urin war die letzten Tage nicht gefärbt.

Die Section zeigte in Bezug auf die Nieren nur eine Nephritis parenchymatosa.

D. E. Jacobson (Kopenhagen).]

IV. Pathologische Anatomie.

1) Robertson, W. S., Pathology of the nervous system in relation to mental diseases. Edinb. Journ. Jan. March. (Noch nicht abgeschlossene Fortsetzung d. i. vorjähr. Ber., unter IV. 1. Middlemass, statt unter 2. Robertson erwähnten Arbeit. Besprechung der Veränderungen der Blutgefässe: fett., hyalin-fibroide Degen., Miliaraneurysm., Atherom, Endarteritis oblit., Periarteriitis, Granulardegen., Verkalkung, Erweiterung, Embolie, und Thrombose, Verstopfung und Erweiterung d. perivascul. Räume, Etat criblé.) — 2) Babcock, W. L., A contribution of the study of acute delirium, with a special reference of its bacteriologie — Report of a case. Med. News. August. — 3) Thoma, Drei Fälle von Hirntumoren. Ztschr. f. Psych. 52. 1138. (1. Tempor.-, 2. Occip.-Lapp.-, 3. Kleinhirn-Tumor. Psychosen verschieden: Schwachsinn, Melanch. mit paranoisch. Elementen, Paranoia climaterica, gemeinsam war aber ätiologisch erbl. Belast., constitut. abnorme psych. Veranlagung, klinisch Aehnlichkeit mit Hysterie in Gebahren und Handeln: Sucht zu übertreiben, demonstratives Beschwerdeklagen vor dem Arzt; d. Kranken schienen im unbestimmten Bewusstsein der schweren Erkrankung, im Gefühl inneren Zusammenbruchs eine Stütze an der Umgebung zu suchen.) — 4) Göhlmann, Demonstrationen. Ebend. 53. S. 582. — 5) Vorster, Ein Fall von isolirter Hyalinbildung im Stirnhirn. Ebendas. 52. S. 1138. (70jähr. Frau, senile Melanch., in der Substanz d. recht. Stirnlapp. muscatnussgrosser, bei microscop. Untersuchung als hyalin degenerirte Gefäss- und Bindegewebsmasse sich erweisender Herd.) — 6) Morse, J., Account of autopsy with abnormal kidney. (Vergl. oben „Dem. paralyt.") — 7) Simpson, Fr. O., The causation and consequences of gall-stones in the insane, with cases. Lancet. Oct. 10. (Von 566 Fällen gehörten an: organ. begründeter Demenz 99, secund. Demenz 92, Dem. paral. 86, senil. Dem. 75, epil. Dem. 55, chron. Mel. 40, chron. Manie 35, Imbecillit. 17, acut. Mel. 15, acut. Man., recurr. Man., Paranoia je 10, epil. Demenz 7, anderen Formen vereinzelte Fälle. Bei 66,78 pCt. bestand Atrophie der Hirnrinde. Aufklärung dieser Thatsache sei nicht möglich, bis die Beziehungen des Cholestearin zum Nervengewebe bestimmt festgestellt sind.) — 8) Pellizzi, G. B., Sulla struttura e sull' origine delle granulazioni ependimali. (Contributo all' istologia e pathologia della nevroglia.) Riv. di fren. XXII. p. 466. (Spec. patholog.-anatomisch.) — 9) Lépine, R., Sur un cas de somnambulisme. Lyon. méd. 17. Mai. — 10) Weiland, L., Ueber einige wichtige Todesursachen der in Irrenanstalten verstorbenen Geisteskranken. Dissertat. Berlin.

Babcock (2) beschreibt folgenden Fall:

46jähr. nicht belast., Alcohol- und Tabakgenuss excessiv ergebener Mann. Einige Zeit nach Influenza 10tägige Invasionsperiode von Seelenstörungen mit Unruhe, Schwatzhaftigkeit, Schlaf- und Appetit-Mangel, dann Verwirrtheit, starke motor. Erregung bei engen starren Pupill., geringem Fieber, gespanntem Puls, Fehlen der Kniephän., Obstipation, trockener, belegter Zunge, wenig Harnstoff, viel Harnsäure und Chloriden und später auch Eiweiss enthaltend. Harn. Schleppender Verlauf der Krankheit unter im Allgemeinen gleichen Symptomen. Wegen Hirndruckerscheinungen am 29. Tage Lumbarpunction: die entleerte Flüssigkeit sehr eiweissreich, enthält weisse und rothe Blutkörper, Hämatincrystalle und Pneumoniecoccen. Vorübergehende Besserung, später Albuminurie mit Harncylindern, Nahrungsverweigerung trotz künstlicher Ernährung zunehmende Verschlimmerung, Coma und nach 36 Stunden Tod am 46. Tage. Section: Halbverflüss. Lungenexsudat, Herzthrombose, Hyperämie der Leber, Milz, Nieren (kleiner Abscess der rechten), entzündliche Trü-

bung der hyperämischen weichen Hirnhäute, besonders über den Frontallappen, acute hämorrhagische Encephalitis, zumal im Bereich der Rinde (Decortication beim Abziehen der Pia). Microscopisch: im Blut der Milz zahlreiche Pneumoniecoccen, in der Hirnrinde „das gewöhnliche Bild acuter Entzündung", Erfüllung der Perivasc.- und Pericell.-Räume mit Blutkörp. in verschiedenen Degenerationszuständen und entzündlichem Exsudat, mit enormen Mengen von Lymphzellen; Rindenganglienzellen (nächst den Gefässen) geschwellt vacuolisirt, die Kerne deutlich (Genaueres ist im Original zu vergl.).

Die 3 Fälle Göhlmann's (4) sind:

1. Klinisch im Grossen und Ganzen das Bild der Dem. paralyt., dabei aber eigenthümliche Bewegungen des Kopfes und Oberkörpers, Nystagmus und Pseudo-Gräfe'sches Symptom. Microscopisch: an circumscript. Stellen der Hirnrinde, besonders den Orbitalflächen des Stirnlappens, der Insel und Centralwindung., enormer pathologischer Reichthum an (nicht syph.) veränderten Gefässen: Periencephalitis angiomatosa, Schwund der Tangentialfasern, der nervösen Elemente überhaupt, Gliawucherung an den betreffenden Stellen. Rückenmark: leichte Degeneration der Seiten- und Hinterstränge.

2. Traumatische Paralyse, 26 Jahre nach Kopfquetschung. Seit Jahren schon fast complete Lähmung der linken Extremitäten, später partielle Lähmung der rechten E., wonach Atrophie der Extensoren beider Arme (Beugecontractur), Pupillen eng, von minimaler Reaction, hochgradige Demenz mit hypochondrischen Ideen. Section: Grössere Cysten in Thalamus und Oblongata, kleine Cysten und Narben in der Rinde der rechten Hemisphäre mit allgemeinen diffusen Veränderungen. Rückenmark: Poliomyelitis chron. ant. cervical., secund. absteigende Degeneration der linken Pyramidenseiten-, der rechten Pyramiden-Vorderstränge.

3. Klinisch erheblicher seniler Schwachsinn mit Paralysis agitans und Einschränkung der Augen- und Extremitäten-Muskelmotilität. Section: Arteriosclerosis cerebralis, Erweichung im Mark des Occipitallappens, „Höhle" im Pons, zahlreiche kleine, der Rindenoberfläche parallele Erweichungsherde in der grauen Substanz da, wo die langen Corticalgefässe mit den von der Basis kommenden Gefässen zusammenstossen. Rückenmark: durchweg Degeneration der Goll'schen, rechts vorwiegend der Seiten- und Vorderstränge.

Lépine's (9) Fall:

Plötzlicher Tod in Folge von Urämie. Section: Schrumpfniere, Herzhypertrophie. Symmetrisch in beiden Hemisphären ausserhalb des Putamen in der Vormauergegend Defecte, d. h. links eine 2 ctm lange, spaltförmige, rechts eine rundliche, nussgrosse, noch ockerfarbige Wände zeigende Cyste; rechte Insel stark vorspringend. Entstehung dieser (hämorrh.) Cysten offenbar unter Einfluss des Gefässdruckes in Folge der Nieren-Herzaffection. Symptome waren gewesen: Apperceptionsstörungen, indem Pat. Worte und selbst laute Klänge nicht hörte, Gegenstände und ihm bekannte Personen nicht genau sah, sofern seine Aufmerksamkeit auf diese Sinneseindrücke nicht gerichtet wurde; Auftreten leichter bis ausgebildeter epileptischer Anfälle auf unerwartete Berührung seines Körpers (je nach Intensität derselben); häufig mit Klarheit wechselnde spontane wie durch Fixiren glänzender Gegenstände auslösbare somnambule Zustände, bei ersteren die Lider spasmoisch geschlossen, bei letzteren leicht zu öffnen und dabei paradoxe Pupillenreaction, Amblyopie und Gesichtshallucinationen.

Weiland (10) verarbeitet in seiner der Hauptsache nach hierhergehörigen Dissertation nochmals das im Heft 130 der preussischen Statistik veröffentlichte Material und die Ergebnisse der Zählkarten von 1892/93:

Es starben an einfach. Seelenstör. 47,71, paralyt. S. 32,34, S. mit Epil. 8,34, Imbecillität und Idiotie 7,93, anderen Krankheiten 3,92 pCt., und zwar im Ganzen 59,91 pCt. Männer, 40,09 pCt. Frauen (männliche Paral. 42,98, weibl. 15,96 pCt.). Bei 29,37 pCt. aller gestorbenen Epileptiker waren Folgen der Anfälle die Todesursachen. Veränderungen der Hirnsubstanz (inclus. Häuten) fanden sich in 16,12 pCt. (17,65 Män., 13,97 Frauen), und zwar bei einfach. Seelenstörung in 35,74, paral. S. in 52,71, S. mit Epil. in 5,84, Idiotie in 3,66, and. Krankheiten in 2,05 pCt.; Hämatom der Dura in 4,02 pCt., und zwar bei einfacher Seelenstör. in 50,00, paral. Seelenstör. in 38,58, Seelenstör. mit Epilepsie in 5,70 pCt.; apoplect. Insulte in 18,35, und zwar bei einfach. Seelenstör. in 58,30, paral. Seelenstör. in 28,52, Seelenstör. mit Epil. in 6,28, Idiotie in 4,08, and. Krankh. in 2,81 pCt.; Pachy- und Leptomeningitis in 12,54 pCt. (Mehrzahl Paralyt.); Encephalitis in 14,54 pCt. (Mehrzahl Paralyt.); Typhus, Cholera (diese ausser einmal 1893 in einer Anstalt in 76,47 pCt. der einfach. Seelenstör.), Dysenterie vereinzelt; Lungentuberculose in 14,90 pCt. der Obducirten, und zwar bei einfach. Seelenstör. in 69,08, paralyt. Seelenstör. in 10,68, Seelenstör. mit Epil. in 8,27, Imbecill. und Idiotie in 10,68, and. Krankheiten in 1,29 pCt.; Lungen- und Rippenfellentzündung in 18,63 pCt., und zwar bei einfach. Seelenstör. in 44,59, paralyt. in 41,08, Seelenstör. mit Epil. in 7,52, Imbecill. und Idiotie in 3,12, Delir. potator. in 3,69 pCt.; Lungenbrand bei einfach. Seelenstör. in 48,43, paralyt. Seelenstör. in 40,00, Seelenstör. mit Ep. in 7,37, Imbec. und Idiotie in 2,10, Delir. potator. in 2,10 pCt.; Herzkrankheiten in 5,86 pCt., und zwar bei einfach. Seelenstör. in 72,82, paralyt. Seelenstör. in 15,32, Seelenstör. mit Ep. in 5,69, Imbec. und Idiotie in 3,15, and. Krankheiten in 3,02 pCt.; Leberkrankheiten in 0,38, Nierenkrankh. in 2,56 (einfach. Seelenstör. in 71,48, paralyt. Seelenstör. in 15,58, Seelenstör. mit Epil. 3,27, Imbec. und Idiotie in 6,03, and. Krankheiten in 3,64 pCt.), gewaltsame Todesarten bei 293 Personen, darunter Selbstmord bei 132 (= 0,78 pCt.), und zwar bei einfacher Seelenstör. 111, paralyt. Seelenstör. 11, Seelenstör. mit Epil. 6, Imbecill. und Idiotie 5, Delir. potator. 3 Personen.

Krankheiten des Nervensystems.

I.

Allgemeines und Neurosen

bearbeitet von

Prof. Dr. SIEMERLING in Tübingen.*)

I. Allgemeines.

1. Lehrbücher. Anatomisches, Physiologisches, Pathologisches. Therapeutisches.

1) Text-Book on nervous diseases. By amer. auth. Edit. by Dercum. Ill. w. 341 engr. and 7 col. pls. Roy.-8. London. — 2) Raymond, F., Clinique des maladies du système nerveux. 8. Av. 103 fig. et 2 pls. Paris. — 3) Maréchal, A., Maladies du système nerv. I. partie. 8. Av. 63 fig. Paris. — 4) Gowers, W. R., Some aspects of diseases of the nervous system and their practical study. The Lancet. 31. October. — 5) Curran Pope, The causation and therapeutics of nervous diseases. (Amer.) Med. News. 12. Sept. — 6) Féré, Ch., Nervenkrankheiten und ihre Vererbung. Deutsch von Schnitzer. 8. M. 20 Abb. Berlin. — 7) Levillain, Fr., Essais de neurologie clinique, neurasthénie de Béard etc. 18. Paris. — 8) Jakob, Chr., An atlas of the nervous system, normal and pathological. 8. London. — 9) Simbriger, Zur Pathologie und Physiologie des Centralnervensystems. Prag. med. Wochenschr. No. 16—19. (Auch als Monographie erschienen.) — 10) de Cerenville et Stilling, Petites contr. à la pathologie du système nerveux. Fasc. 1. M. 1 Taf. gr. 8. Basel. — 11) Dornblüth, O., Klinik der Neurosen. 1. Thl.: Nervöse Anlage und Neurasthenie. 8. Leipzig. — 12) Derselbe, Gesunde Nerven. 8. Rostock. — 13) Hallervorden, E., Abhandlungen zur Gesundheitslehre der Seele und Nerven. I. gr. 8. Würzburg. — 14) Derselbe, Der Zusammenhang chemischer und nervöser Vorgänge überhaupt und im Wochenbett. gr. 8. Ebend. — 15) Windscheid, Frz., Neuropathologie und Gynäkologie. gr. 8. Berlin. — 16) Bourneville, Rech. clin. et thérap. sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. 8. Paris. — 17) Haig, Alex. and Oxon, Observations on the excretion of uric acid. Brain. H. 1. p. 68. (Studie über den Einfluss derselben auf das Entstehen der Epilepsie und der Migräne.) — 18) Rosenbach, O., Der Nervenkreislauf und die tonische Energie. 8. Berlin. Berliner Klinik. 101. — 19) Stern, Ueber Cheyne-Stokes'sches Athmen und andere periodische Aenderungen der Athmung. Verhandlungen des Congresses für innere Medicin. (Die periodischen Aenderungen der Athmung müssen auf eine Schädigung der centralen [wahrscheinlich corticalen] Athmungsregulation zurückgeführt werden, die weniger hochgradig ist, als beim Cheyne-Stokes'schen Athmen. Die mitgetheilten Beobachtungen machen die für letzteres Phänomen schon von anderen Autoren angenommene corticale Localisation wahrscheinlich.) — 20) Reiner, Max und Julius Schnitzler, Beitrag zur Kenntniss der Blutcirculation im Gehirn. Arch. f. exper. Path. — 21) Head, H., On disturbances of sensation with especial reference to the pain of visceral disease. Part. III. Pain in diseases of the heart and lungs. Brain. — 22) Levi, Troubles nerveux d'origine hépatique. (Hépato-toxhémie nerveuse.) Arch. général. de Méd. Mai. (Verfasser weist darauf hin, dass es eine Reihe von nervösen Erscheinungen giebt, die durch die Leber verursacht werden und an Veränderungen in der Function der Leber geknüpft sind. Es wird betont, dass nervöse Störungen durch unvollkommene Function der Leber verursacht, sich hereditär übertragen können unter der Form einer Schwäche des Nervensystems bei den Descendenten. Es folgen eine Reihe von Fällen, in denen entweder durch die klinische Untersuchung oder durch die Autopsie die Leber als das hauptsächlich erkrankte Organ festgestellt wurde, auf welches sich die nervösen Erscheinungen zurückführen liessen. Die genaue Urinuntersuchung ist bei jedem Coma unbedingt erforderlich. Der Nachweis von Urobilin macht ein hepatisches Coma wahrscheinlich. Auch psychische Störungen, namentlich Melancholie werden in manchen Fällen auf Störungen der Leberfunction zurückgeführt.) — 23) Higier, Ueber die seltenen Formen der here-

*) Bei der Abfassung dieses Berichtes erfreute ich mich der Unterstützung der Herren DDr. Gudden, v. Rad, Sauberschwarz, Wickel.

ditären und familiären Hirn- und Rückenmarkskrankheiten. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. IX. Bd. — 24) Möbius, P. J., Ueber die Behandlung von Nervenkranken und die Errichtung von Nervenheilstätten. 2. Aufl. gr. 8. Berlin. — 25) Derselbe, Ueber die Krankenpflege von Nervenkranken. Ztschr. f. Krankenpfl. August. — 26) v. Krafft-Ebing, Die Krankenpflege der Nervösen. Ztschr. f. Krankenpfl. Januar. — 27) Hecker, E., Die Behandlung der Schlaflosigkeit. (S.-A.) gr. 8. Frankfurt. — 28) Löwenfeld, Ueber die Krankenpflege hysterischer Personen. Zeitschrift für Krankenpflege. Juni. — 29) Dornblüth, Zur Behandlung gewisser spastischer Neurosen. Münch. med. Wochenschr. No. 6. (Gute Erfolge wurden erzielt durch langsam ansteigende, dann einige Zeit auf der Höhe bleibende und schliesslich allmälig geringer werdende Dosen von Opium oder Codein. Schädliche Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet.) — 30) Marschner, Ueber die Erfolge der Schmiercur bei Erkrankungen des Nervensystems. Prager Ztschr. f. Heilk. Bd. XVIII. H. 1. (Es handelt sich im ganzen um 56 Fälle. Bei 11 Fällen von Syphilis des Gehirns bezw. Rückenmarks wurde 4 mal Heilung, 5 mal bedeutende Besserung erzielt. Unter 14 Tabesfällen wurde nur 3 mal eine Besserung einzelner Symptome erzielt. Schädliche Einwirkungen der Mercurialcur wurden niemals beobachtet.) — 31) Worotynsky, Ueber die Suspension als eine Behandlungsmethode bei Nervenkrankheiten. D. Zeitschr. f. Nervenheilkd. VIII.

Reiner und Schnitzler (20) berichten, nach Würdigung der früheren Theorien über die Bluteirculation im Gehirne über ihre Versuche. Dieselben wurden an curarisirten Hunden ausgeführt. Jede Blutdrucksteigerung bewirkte eine Fluxion zum Gehirn. Diese war nach Eröffnung des Subarachnoidealraumes ungefähr die gleiche, wie vor Eröffnung desselben. Der gleiche Befund ergab sich bei isolirter Hirnhyperämie, welche bei einzelnen Versuchsthieren nach Reizung eines Vago-sympathischen Stumpfes auftrat. Auch bei den mit Strychnin vergifteten Thieren (ad maximum erhöhter Blutdruck und ad maximum erweiterte Gehirngefässe) konnte ein wesentlicher Unterschied in der aus der Ven. jugul. ext. abfliessenden Blutmenge vor und nach Eröffnung der Hüllen des Subarachnoidalraumes nicht nachgewiesen werden. Bei keinem der zahlreichen Thierversuche wurde ein Einfluss des Liquor cerebro-spinalis auf die Bluteirculation im Gehirn wahrgenommen. Die Rolle des Liq. cerebr.-spin. bei der Bluteirculation im Gehirn kann unter physiologischen Verhältnissen keine sehr bedeutende sein.

Head (21) behandelt in dem vorliegenden 3. Th. seiner bekannten Arbeit die Gefühlsstörungen in bestimmten Hautbezirken speciell bei Herz- und Lungenkrankheiten. Er bespricht die Art, den Sitz und die Aetiologie dieser Störungen und legt nicht auf einzelne hyperästhetische Zonen in der Haut, sondern auf bestimmte Gruppen derselben Werth.

Auch die Krankheiten der Brustorgane gehen grossentheils mit dem characteristischen reflectirten Schmerz mit oberflächlicher Empfindlichkeit einher. Dieser referred pain steht im Gegensatz zu dem local pain, dem localen Schmerz, der an Ort und Stelle der Erkrankung erzeugt ist.

Bei Herzleiden überwiegen die reflectirten Schmerzen, nur bei Pericarditis sind die localen Schmerzen und zwar meist an den Stellen, wo die Reibegeräusche gehört werden, die Hauptsache. Die reflectirten Schmerzen mit oberflächlicher Empfindlichkeit sind am häufigsten bei Aortenfehlern, speciell bei der Aorteninsufficienz und besonders bei Aorteninsufficienz mit Stenose, ausserdem bei Aneurysmen, sofern diese nicht durch Usur von Wirbelkörpern oder Rippen auch locale Schmerzhaftigkeit erzeugen oder durch Druck auf Intercostalnerven excentrische Schmerzen bedingen. Der reflectirte Schmerz fehlt bei Aneurysmen, wenn ihre Wandung stark atheromatös entartet ist, oder nur noch einen bindegewebigen Sack darstellt. Selten ist er bei Mitralfehlern, ja scheint nur in Fällen von Mitralinsufficienz mit Stenose vorzukommen; bei Tricuspidalfehlern kommt er gar nicht vor, dagegen kann er bei der durch Tricuspidalinsufficienz bedingten Schwellung der Leber von dieser aus auftreten. Der Sitz des Schmerzes und der oberflächlichen Empfindlichkeit ist bei den Krankengeschichten durch zahlreiche Abbildungen veranschaulicht.

Die reflectirten Schmerzen bei Herzleiden entstehen nur dann, wenn in dem erkrankten Organtheil noch sensible Nerven vorhanden sind, die den Reflex vermitteln können. Die günstigsten Verhältnisse zu ihrem Auftreten bietet eine dauernde beträchtliche Ausdehnung eines Herzabschnittes und deren plötzliche Steigerung am Ende jeder Systole, wie dies besonders bei Aorteninsufficienz mit Stenose der Fall ist. Damit stimmt auch, dass der Schmerz aufhört, wenn auch die Mitralis insufficient wird.

Head geht auch auf die Schmerzen bei Angina pectoris ein und betrachtet weiterhin die Vertheilung des reflectorischen Schmerzes und Empfindlichkeit bei Herzkrankheiten vom entwicklungsgeschichtlichen Standpunkt aus.

Was die Erkrankung der Respirationsorgane betrifft, so werden locale Schmerzen besonders bei trockner Pleuritis und Pneumonie mit Pleuritis beobachtet.

Reflectirte Schmerzen und oberflächliche Empfindlichkeit kommen nur so lange vor, als das Lungengewebe noch nicht soweit zerstört ist, dass die Reflexübertragung eines Reizes noch möglich ist.

Nach dem Versuch, eine Beziehung gewisser hyperästhetischer Hautzonen zu einzelnen erkrankten Abschnitten der Lunge herzustellen, werden auch noch die Magenstörungen bei Lungenphthise besprochen. Dieselben können auf einer reflectirten Hyperästhesie der Magenschleimhaut von der Lunge aus beruhen — in anderen Fällen besteht echte Dyspepsie.

Higier (23) beschrieb die gleiche Erkrankung bei 4 Schwestern, in deren Familie weder hereditäre Belastung, noch Missbildungen bekannt sind. Von 8 Geschwistern starb ein Bruder an Gehirnentzündung, von den übrigen Schwestern sind nur die älteste und die 2 jüngsten gesund, die 4 anderen (24, 20, 18 und 17 Jahr) sind seit Jahren von dem progressiven Leiden befallen. Beginn im 7. bis 12. Lebensjahr ohne bekannte Ursache. Zunehmende Schwäche und Steifigkeit der Beine bis zu spastischer Paraplegie mit Contractur. Pes varo-equinus, vasomo-

torische Störungen und trophische Hautanomalien an den U.-E. Gehen und Stehen unmöglich, Sitzen schwer. Im 3.—4. Krankheitsjahre Zittern und Parese der Hände und Arme. Einmal Muskelatrophie besonders der Muskeln des Oberarms und der kleinen Handmuskeln. Sehnenreflexe an den O.-E. theils normal, theils erhöht, die Periostreflexe der Tibia und die Patellarreflexe zum Theil bis zum Clonus gesteigert. Häufiges Verschlucken, Bradylalie, monotone, nasale Aussprache, Strabismus, schwacher Nystagmus.

Bei Allen progressive Opticusatrophie, Einengung des Gesichtsfeldes. Erworbener stupider Gesichtsausdruck und Störungen der Intelligenz immer. Niemals Pupillenanomalien, Störungen der Sensibilität und der Sphincteren, motorische und sensible Reizerscheinungen, tonische Muskelspannungen an den Armen und Druckempfindlichkeit der Nervenstämme. Verlauf sehr chronisch.

Verf. hält es für wahrscheinlich, dass es sich um eine congenitale Hypoplasie des Grosshirns mit gleichzeitiger oder nachträglicher genuiner Rindenaffection in irgend einer Form (diffuse Atrophie, Sclerose, Microgyrie, Porencephalie) handelt. Vielleicht treten später noch systemartige Degenerationen einzelner R. M.-Bahnen hinzu. Die spastischen Contracturen würden durch eine absteigende Degeneration der Py S. zu erklären sein, ausserdem ist in einem Falle das 2. motorische Neuron vermuthlich betroffen.

Worotynsky (31) sieht in der Suspension ein zweckmässiges Heilmittel bei Nervenkrankheiten. Indicationen und Contraindicationen sind noch nicht fest und genau begrenzt. Der Anwendung des Sprimon'schen Apparates wird am meisten das Wort geredet wegen seiner Bequemlichkeit und Gefahrlosigkeit.

Vorzügliche Resultate wurden bei Tabes im zweiten Stadium erzielt, befriedigende bei Neurasthenie und anderen Neurosen. Als gutes symptomatisches Mittel erweist sich die S. bei Tuberculose und anderen Affectionen der Wirbelsäule, resp. bei durch Compression bedingten Lähmungen. Bei Kranken mit tabischer Opticusatrophie übt die S. auf die Sehstörung einen günstigen Einfluss aus.

Da die S. kein indifferentes Mittel ist, muss Indication und Anwendung genau begrenzt sein.

2. Sehnen- und Muskelphänomene. Reflexe.

Brissaud, Le réflexe du fascia lata. Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 15. Mars. No. 22.

B. weist nach, dass beim Hervorrufen des Plantarreflexes in vielen Fällen als erste Erscheinung eine Contraction des Tensor fasciae latae eintritt. Er beschreibt geauer die Lage dieses Muskels und giebt den Weg des Reflexes an. Die hier in Betracht kommenden Plantarnerven (aus dem Tibialis post.) nehmen ihren Ursprung aus dem 2. und 3. Sacralnerven Der mototorische Nerv für den Tensor fasciae latae aus dem 4. und 5. Lumbalnerven.

II. Centrale Neurosen.

1. Hysterie. Somnambulismus. Hypnotismus.

1) Judson, Bury S., An address on the diagnosis of functional from organic disease of the nervous system. Brit. med. Journ. 25. July. (Der Aufsatz handelt im Wesentlichen über die Unterscheidung von hysterischer Hemiplegie und hysterischer Lähmung.) — 2) Rutgers, Het Wezen der Hysterie. Weekblad van hat Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 14. März. — 3) Fürstner, Zur Pathologie gewisser Krampfanfälle (hysterische Anfälle bei Kindern, Spätepilepsie). Arch. f. Psych. Bd. XXXIII. — 4) Sticker, Beiträge zur Hysterie. Hysterischer Magenschmerz, hysterische Athmungsstörungen. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 30. Heft 1 u. 2. — 5) Bonjour, Le diagnostic differential des crises hystériques et des crises epileptiques. Revue méd. de la Suisse. (Verf. führt folgende Kennzeichen als characteristisch auf: Bei Beginn des epileptischen Anfalls sind die Pupillen weit und starr bei Lichteinfall. Bei Hysterie kommen nur tonische Krämpfe vor, nie wird der Daumen eingeschlagen. Incontinentia alvi et urinae kommt nur der Epilepsie zu. Grosse Bedeutung wird dem Verhalten des Pulses [sphygmographische Untersuchung] beigelegt. Beim epileptischen Anfall ist der Puls meist klein, fadenförmig, oft nicht fühlbar, bei Hysterie ist der Puls verschieden. Der epileptische Anfall endet langsam, selten plötzlich, oft folgt ein vorübergehendes Delirium oder Schlaf. Die hysterische Attaque endet rasch, oft folgt ein hallucinatorisches Verwirrtheitsstadium. Auch die Hypnose kann zur Differentialdiagnose herbeigezogen werden, bei hysterischen Personen ist dieselbe sehr leicht auszuführen, bei Epileptikern bedarf es Wochen bis zu ihrem Gelingen.) — 6) Donath, Ueber hysterische multiple Sclerose. Wiener klinische Wochenschr. No. 50 u. 51. — 7) Bonne, Hystérie à forme de sclérose en plaques. Lyon méd. — 8) Vires, J., L'hystéro-tabes. 8. Paris. — 9) Burr, Charles W., A case of hysteria with ataxia confined to one leg. Med. Record. Nov. 14. — 10) Tournier, Monoplégie brachiale par mécanisme psychique. Trépidation épileptoide de la main provoquée par la pression de certaines zones, du grand pectoral en particulier. Syndrome d'acroparesthésie. Tous ces phénomènes influencés par la suggestion verbale. Lyon méd. 34. — 11) Lehfeldt, Ueber einen Fall von traumatischer Hysterie. Berl. klin. Wochenschr. No. 8. (Durch Berührung eines Umschaltungsapparates eines Telephons mit nassen Händen erhielt ein 21jähr. Dienstmädchen einen heftigen Schlag und sank sofort bewusstlos zu Boden. Gleich nach dem Unfall war eine vollständige rechtsseitige motorische und sensible Lähmung nachzuweisen. In gleicher Weise waren die Sinnesorgane der rechten Seite in ihrer Function gestört. Der Zustand besserte sich nur langsam und waren auch nach 4 Wochen die Sensibilitätsstörungen noch nachweisbar.) — 12) Weil, Ueber zwei Fälle von hysterisch-traumatischem Tremor. Inaug.-Diss. Erlangen. — 13) Heyse, Zwei Fälle von hysterischem Tremor mit Krankenvorstellung. Berl. klin. Wochenschr. No. 52. (In beiden Fällen handelt es sich um Soldaten. Der erste fiel beim Ueben langsamen Schrittes bewusstlos um. Wenige Minuten darauf trat Zittern im rechten Arme auf, das Monate lang fortbestand. Die Zitterbewegungen gingen aus anfänglich feinen Finger- und Handbewegungen mehr und mehr in grobschlägigen Tremor der Schultermuskeln über. Ausserdem bestanden Sensibilitätsstörungen und Steigerung der Reflexe. Die sehr leicht auszuführende Hypnose zeigte sich ohne Einfluss. Im zweiten Fall handelte es sich um Myoclonie im Gebiet der linken Schultermusculatur, entstanden nach Hitzschlag. Nach dem Erwachen aus der Bewusstlosigkeit stellten sich die Krämpfe ein, um am nächsten Tage zu verschwinden und nach 8 Tagen wieder aufzutauchen, die von

da ab ununterbrochen fortbestanden. Die hysterische Natur des Zustandes wurde durch den vorübergehenden Erfolg ganz irrelevanter Maassnahmen bewiesen.) — 14) Jolly, Ueber Tremor bei traumatischer Hysterie. Berl. klin. Wochenschr. No. 52. — 15) Friedeberg, Verschlucken von Nadeln mit tödtlichem Ausgang bei Hysterie. Centralblatt f. innere Medicin. No. 20. — 16) Peckham, Murray Grace, Hysterical Tetany or tetanoid Hysterie. Medical Record. 27 March. — 17) Blazicek, Pseudotetanie, vorgetäuscht durch Hysterie. Wien. klin. Wochenschr. No. 19. (Verf. betont die Wichtigkeit des Symptoms der galvanischen Uebererregbarkeit der Nerven bei Tetanie als differentialdiagnostisches Moment.) — 18) Bronnet, Paralysie hystérique avec contracture et troubles mentaux. Annal. méd. psych. Bd. 3. (18jähriges nicht belastetes, in kümmerlichen Verhältnissen lebendes Mädchen, das früher stets gesund war, verlor ohne bekannte Ursache die Menses und bot die ausgesprochenen Symptome einer Melancholie mit Sinnestäuschungen: dazu trat eine motorische und sensible Lähmung der linken Körperhälfte mit Contracturen in den Fingern. Ganz plötzlich trat eine Amaurose auf dem rechten Auge auf, die mit Lähmung der Augenmuskeln und Anästhesie in der Umgebung des Auges. Nach 3monatlicher Behandlung trat völlige Genesung ein.) — 19) Vukadinovic, Ein Fall hysterischer mit Taubheit verbundener Aphasie nach einem hysteroepileptischen Anfalle. Wien. med. Presse. No. 8 und 9. (17jähriger Patient, erblich belastet, hatte schon 2 Tage vor dem hysteroepileptischen Krampfanfalle, nach welchem er die Sprache und das Gehör verlor, Gesichts- und Gehörstäuschungen gehabt. Die Visionen erschienen in rother Farbe. Die Aphasie und die Taubheit ist gleich nach dem Anfalle aufgetreten, die Intelligenz blieb gänzlich intact. Die Wiederkehr der Sprache erfolgte plötzlich, das Gehör stellte sich vorher allmälig ein.) — 20) Jacqueau, Cas de grande hystérie avec phénomènes pseudoméningitiques. Lyon. méd. 6. — 21) Arcangeli, Uberto, Isteria e nevrosi cardiache. Bull. della Soc. Lancis. XVI. (Bei Hysterie findet man häufig Störungen der Innervation des Herzens und des Vasomotorius. So kann ein Gefühl von Herzklopfen ohne thatsächliche Vermehrung der Kraft oder der Zahl der Herzsystolen bestehen. Die Zahl der Pulse kann unbedeutend, aber doch merklich vermehrt sein, während zugleich Erregung, übertriebene Beweglichkeit und schnellschlägiges Zittern der Hände vorhanden ist, ein Bild, welches an Morbus Basedowii erinnert. Weniger häufig findet man Unregelmässigkeit, mit oder ohne Vermehrung der Zahl der Pulse. Es kann Angina pectoris, wie nach einer organischen Herzaffection vorgetäuscht werden, es kann aber auch ein Vitium cordis bestehen und die Anfälle von Angina pectoris sind doch hysterischer Natur. Das gleiche kann statthaben bei Tabaksmisbrauch. Selten findet man bei Hysterie Bradycardie. Diese Sätze werden belegt mit einer Reihe von Krankengeschichten. Verfasser kommt zu dem Schlusse, dass, wenn von Herznervenkrankheiten die Rede ist, man allzu häufig von Neurasthenie spricht, während man häufiger an Hysterie denken muss.)

Fürstner (3) hebt die Schwierigkeiten hervor, welche sich, besonders bei jugendlichen Individuen, der richtigen Beurtheilung von Krampfanfällen entgegenstellen. Bis zum 8. Lebensjahre ist das männliche Geschlecht bei hysterischen Krampfanfällen stärker betheiligt, erbliche Belastung trete nicht besonders hervor, die Ursachen für den Anfall sind verschieden. Neigung zu statusartigen Zuständen, vereinzelt Temperatursteigerungen, Bild des Anfalles wechselnd. Bromkalium unwirksam. Anfälle cessiren oft plötzlich. Prognose günstig. Die in der Pubertät auftretenden hysterischen Anfälle haben denselben Typus und dieselbe Prognose. Deutliche hysterische Symptome (Globus u. s. w.) treten in den Vordergrund. Nicht selten eine besondere Form der Appetitlosigkeit: Nahrungsaufnahme immer ungenügender, vasomotorische Störungen. Psychische Therapie auch hier wichtig.

Unter Spätepil. bezeichnet F. die Fälle, bei denen nach in der Jugend erlittener schwerer Kopfverletzung oder organischen Hirnleiden im Verlaufe von Jahren epileptische Anfälle auftreten. Frühzeitige Brombehandlung indicirt, event. Operation. Zum Schluss bespricht F. die epileptischen Anfälle, welche als Frühsymptome organischer Hirnleiden, sowie im Verlaufe functioneller Psychosen auftreten.

Bei einem jungen Mädchen (14), das sich im Jahre 1894 2 Nähnadeln in die linke Hand gestossen hatte, traten nach 4 Wochen in Folge eines Schrecks vermehrte Schmerzen in der linken Hand ein. Am folgenden Tage stellten sich gelegentlich eines erneuten Extractionsversuches der Nadeln Schüttelbewegungen am linken Arm ein. Fixirte man den Arm durch feste Verbände, so bestand das Zittern unverändert fort, dagegen trat Aphonie auf, die anhielt, so lange der Arm fixirt war. Nach Entfernung der Nadeln nach Durchleuchtung mit Röntgen'schen Strahlen verschwand das Zittern nicht. Im Schlafe hört das Schütteln auf. Ausser einer geringen Gesichtsfeldeinschränkung bestanden keine weiteren hysterischen Symptome.

Der zweite Fall betrifft einen 54jährigen Musiker, bei dem sich im Jahre 1882 in Folge eines Blitzschlags eine Reihe nervöser Erscheinungen entwickelt haben. Zuerst bestand eine vollständige Lähmung der linken Körperseite und hystero-epileptische Krampfanfälle. Nachdem die Erscheinungen sich bedeutend gemildert hatten, traten dieselben im Jahre 1889 in Folge eines Schrecks von Neuem auf. Nach 3jähriger Besserung gab ein erneuter Schreck 1893 wieder Veranlassung zum Ausbruch der alten Erscheinungen, die seitdem stationär blieben. Beim Gang werden die Beine auseinandergehalten und das linke Bein stampfend aufgesetzt. Der linke Arm und Hand zeigen deutliche Contracturen; Krallenstellung der Finger. Die Contracturen verschwanden bei abgelenkter Aufmerksamkeit. Ferner bestand eine complete Hemianästhesie. Die rechte Hand war von einem — erst später aufgetretenen — Tremor befallen. Derselbe nahm bei Emotion zu, dauert bei allen Bewegungen fort und konnte vom Patienten vorübergehend unterdrückt werden.

2. Neurasthenie.

1) Knapp, The nature of neurasthenia and its relation to morbid fears and imperative idees. Boston Journ. Vol. CXXXV. No. 17. p. 407. (Es werden die Symptome der Neurasthenie, bestehend in Nervosität, Schwäche, zusammengefasst als reizbare Schwäche, Kopfschmerz oder unangenehme Gefühle im Kopf, Verdauungsstörungen, Niedergeschlagenheit. Neben der letzteren sind die hauptsächlichsten psychischen Erscheinungen, die bei Neurasthenie beobachtet werden,

die krankhaften Angstzustände (phobiae) und die Zwangsvorstellungen. Dieselben sind jedoch verhältnissmässig selten bei der Neurasthenie, sondern stehen entweder in secundärem Verhältniss zu dieser oder es sind für sich bestehende Zustände, die wohl bei neurasthenischen Individuen vorkommen können, aber kein Theil dieser Krankheit sein müssen.) — 2) Imbert de la Touche, Traitem. de la neurasthénie. 8. Paris. — 3) Rencurel, Neurasthénie et Pessimisme. Arch. clin. de Bordeaux. p. 266. — 4) Donadieu-Lavit, Neurasthénie et Hystérie. Lyon méd. 16. — 5) Moretti, Odorico, Nevropatio di Krishaber e nevrastenia. Bull. della Soc. Lanc. XVI. (Moretti berichtet über 2 Fälle, welche er der 1878 von Krishaber beschriebenen „Nevropatie cerebro-cardiaque" zurechnet. Unter dem Begriffe Neurasthenie wird jetzt zu viel zusammengefasst. Auch die Nevropatia di Krishaber hat man darin unterbringen wollen. An der Hand einer genauen Vergleichung der Erscheinungen der Nevropatia di Krishaber und denen der Neurasthenie kommt Verf. zu dem Schlusse, dass der Symptomencomplex der Nevropatia di Krishaber ein unabhängiges Krankheitsbild darstellt, welches nicht mit der Neurasthenie vermischt werden darf.)

[Holsti (Helsingfors), Die Neurasthenie und ihr Vorkommen in den skandinavischen Ländern. Erster nordischer Congress für innere Medicin zu Gothenburg am 27., 28. und 29. August 1896. Hygiea. LVIII. 9. p. 288—291.

Nach H. ist die Neurasthenie sehr verbreitet in allen Volksschichten von Finland und vielleicht gewöhnlicher in den Städten als auf dem Lande. Sie ist so ziemlich gleichmässig verbreitet, vielleicht etwas seltener im nördlichen als im südlichen Theile Finlands. Die gebildeten Classen sind nicht mehr ergriffen wie die anderen, möglicherweise ist sie am meisten frequent bei Arbeitern. Die grössere Frequenz bei den Weibern ist davon abhängig, dass diese mehr wie die Männer arbeiten. Die grösste Frequenz ist im Alter von 16—30 Jahren, am seltensten ist sie bei Kindern und nach 50 Jahren. In den letzten Jahren ist sie mehr und mehr frequent geworden. Unter 32 Fällen fand sich Hyperacidität in 16 Fällen, Subacidität in 8 Fällen und normaler HCl-Gehalt in 8 Fällen. In 19 Fällen war die motorische Function des Magensackes normal, in 13 Fällen vermehrt. In einigen Fällen waren die dyspeptischen Symptome die ersten und die stets dominirenden, in anderen waren sie secundär und immerfort untergeordnet. Die Ursachen sind theils sehr disponirend, theils gelegentlich; diese sind theils psychisch, theils somatisch.

In Norwegen fand Klaus Hansen sie sporadisch unter Landbewohnern, aber sehr gewöhnlich auf einem Plätzchen bei der Fischerbevölkerung. Nach Backer war sie am frequentesten in den inneren, isolirten Gegenden Norwegens, aber kein einziger Fall kam bei Seeleuten vor. Meist verbreitet unter der Jugend und im mittleren Alter, kam sie selten bei Kindern vor. Als causales Moment sei Onanie von Bedeutung.

In Schweden sei sie nach Henschen gewöhnlich in den Städten und auf dem Lande, besonders frequent bei der kerngesunden Bevölkerung von Darlekarlien. Nach Petrén sei sie besonders gewöhnlich bei der arbeitenden Classe. (Die Arbeit ist auch erschienen in Lyon méd.) **A. Fr. Eklund** (Stockholm).]

3. Neurosen nach Trauma.

1) Goebel, Ein Fall von traumatischer Neurose mit schnellem Uebergang in Psychose. Berliner klin. Wochenschr. No. 5. — 2) Strümpell, Ueber einen Fall von retrograder Amnesie nach traumatischer Epilepsie. Zeitschr. für Nervenheilk. VIII.

(2). 46jähriger, früher gesunder Mann. Anfang Juni 1893 Verletzung des Schädels durch Stoss. Keine schweren Hirnerscheinungen. Nach 2 Tagen 5 epileptische Anfälle. Am 3. Tage Erysipel der Kopfhaut von der Verletzung ausgehend. Genesung nach 8 Tagen. Amnesie für sämmtliche Eindrücke aus der Zeit zwischen dem Auftreten der ersten Krämpfe und dem Höhepunkt der Erkrankung. Amnesie auch für alle Erlebnisse bis 4 Jahr vor stattgehabtem Trauma, mit Ausnahme von zwei dunklen Erinnerungen. Herbst 1893 kurzer epileptischer Anfall, nach 1 Jahre weitere. Auch für diese Amnesie.

Verf. nimmt eine in Folge des Trauma entstandene Verletzung der Hirnoberfläche, wahrscheinlich durch Blutung, als Ursache der epileptischen Anfälle an. In diesen und dem Erysipel dürfte die Hauptursache der Amnesie zu suchen sein. Das Auftreten der retrograden Amnesie erklärt St. so, dass durch die Gehirnschädigung die besonderen, inneren Gedächtnisszustände aus einem bestimmten, der Erkrankung vorangehenden, kürzeren oder längeren Zeitabschnitt unbrauchbar und desshalb nicht mehr reproducirbar werden.

[Surzycki, J., Ueber traumatische Neurosen. Pamietnick towarzystwa lekarskiego warszawskiego. Bd. 92. (Eine sehr fleissige Monographie unter Zugrundelegung mehrerer in Korczynski's medicinischer Klinik beobachteter Fälle.) **Trzebicky** (Krakau).]

4. Epilepsie. Eclampsie. Jackson'sche Epilepsie.

1) Claus et van der Stricht, Pathogénie et traitem. de l'épilepsie. 8. Av. 3 pls. chrom. Paris. — 2) Agostini, Cesare, Sul chimismo gastrico e sul ricambio materiale degli epilettici in rapporto al valore delle autointossicazioni nella genesi dell' accesso convulsivo. Rivista speriment. XXII. (Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Magensaftes und des Urins Epileptischer. Diese Secrete Kaninchen einverleibt rufen Vergiftungserscheinungen hervor. A. glaubt daraus den Schluss ziehen zu können, dass die idiopathische Epilepsie in vielen Fällen eine Autointoxication ist. Brompräparate wirken antitoxisch.) — 3) Tooth, Some out-patient observations on epilepsy. St. Barthol. Hosp. Rep. Vol. 31. p. 63 sequ. — 4) Lauterbach, Ein Fall von seniler Epilepsie. Wien. med. Presse. No. 29. — 5) Collins, A contribution to the pathology of epilepsy. A report of two cases in which a portion of the brain cortex was excided and examined. Brain. 11. III. p. 366 sequ. — 6) Warren, Ferris Albert, A brief consideration of psychical epilepsy. Medical News. p. 260. (2 kurz beschriebene Fälle.) — 7) Charlton, Bastian, Stupor of one month's duration following an epilepsic fit. The Lancet. 8. Febr. — 8) Alzheimer, Ueber rückschreitende Amnesie bei der Epilepsie. Zeitschr. f. Psych. 53. Bd. — 9) Peterson, Frederick, Colonies for Epileptics. New York Med. Record. 19. Sept. — 10) Derselbe, Note sur la colonie de Craig pour les épileptiques. Ann. méd. psych. Série 8. T. IV. — 11) Antony, Roche, On the bromide of strontium in epilepsy. The Lancet. 26. Sept. — 12) Clark, Pierre, The administration of thyroid in epilepsy, with report of four trial cases. Medical Record. Oct. 24. (Kein günstiger Erfolg.) — 13) Taty, Etude clinique sur l'action thérapeutique du bromure de potassium associé à l'adonis vernalis

et à la codéine (formule de Bechterew) dans le traitement de l'épilepsie. Lyon méd. No. 1 et 2. (Die Verbindung von Codein mit Brom erscheint nicht zweckmässig, der Effect bleibt der gleiche wie bei Verabreichung von Brom allein. Die üblen Nachwirkungen des Broms blieben bei der gemischten Darreichung beider Mittel ebenfalls nicht aus. Dagegen kann der gemeinsamen Verabreichung von Brom mit Adonis ein gewisser Erfolg nicht abgesprochen werden. Ueble Nachwirkungen von Adonis vernalis auf den Circulationsapparat wurden nicht beobachtet. Eine accumulative Wirkung wie der Digitalis kommt der Adonis nicht zu.) — 14) Böhme, Beitrag zur medicamentösen Behandlung der Epilepsie. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 53. (Von Hydrastin und Herpin'schem Pulver sah B. wenig Erfolg. Nach Flechsig wurden 10 Kranke behandelt und war bei 5 ein Ausbleiben der Krämpfe, bei 3 eine geringere Besserung zu constatiren. B. hat beobachtet, dass während der Opiumdarreichung die Anfälle sich steigerten und dass bei Nachlass der Krämpfe unter Bromkali mehrere Kranke als Opiumnachwirkung auffallende geistige Schlaffheit zeigten. Auf die Opiumbehandlung wird kein grosses Gewicht gelegt, wiederholt sah man Fälle, wo Bromkali jahrelang gegeben, keine merkliche Besserung erzielte, dagegen erst nach längerer Verabreichung eines anderen Mittels, eine wesentliche Besserung hervorrief. Bromalin war auf die Anfälle ohne Einfluss, zeigte dagegen eine günstige sedative Wirkung.) — 15) Charlton, Bastian, Epileptic hemiplegia; very numerous fits of Jacksonian type; recovery. The Lancet. Febr. 29. — 16) Wilfred, Harris J., A contribution to the study of Jacksonian epilepsy. The Lancet. 24. Oct. (Beschreibung zweier sehr interessanter Fälle. Der erste zeichnete sich durch einseitige Betheiligung der Beinmusculatur an den Krämpfen aus, der zweite durch unilaterale Spasmen des Gaumens und der Zunge. Neben den Anfällen bestand (linksseitige) Hemianästhesie und Hemianopsie. Im zweiten Fall, welcher zur Obduction kam, fand sich stellenweise Verdickung und Adhärenz der Pia mater, weiterhin kleine Erweichungsherde 1. im rechten Gyrus angul. nahe der Sylvi'schen Furche, 2. im rechten Hinterhauptslappen und zwar in dessen medianer Fläche und nahe dem Cuneus, 3. in beiden Gyri uncinati, 4. in der Tiefe der Fiss. parieto-occipit., 5. im praecuneus. — 17) Muralow, Zur pathologischen Physiologie der corticalen Epilepsie. Zeitschr. f. Nervenheilkd. VIII. Bd.

Neben der häufig vorkommenden Amnesie der Epileptiker glaubt Alzheimer (8) die Aufmerksamkeit lenken zu sollen auf die rückschreitende Amnesie in Gefolgschaft epileptischer Paroxysmen. Bei ihnen können die während eines normalen Bewusstseinszustandes deponirten Erinnerungen während eines vorübergehenden, anscheinend durch einen epileptischen Paroxysmus verursachten, durch vorhandene Merkmale bis jetzt nicht gekennzeichneten eigenthümlichen Geisteszustandes nicht zurückgerufen werden. Es werden die Schwierigkeiten hervorgehoben, welche dem Nachweis im Wege stehen, dass der Kranke in der Zeit, für welche ihm die Erinnerung fehlt, keinerlei Anzeichen einer Bewusstseinsstörung erkennen liess. Die durch retrograde Amnesie verlorenen Erinnerungen scheinen bei der Epilepsie immer und dann mit der Frische und Treue des übrigen Erinnerungsinhaltes, oft ganz plötzlich wieder aufzutauchen.

Die gewöhnliche Amnesie kommt gemischt mit der retrograden Amnesie in engster Vereinigung häufig vor. Es werden einige Fälle mitgetheilt, unter anderen einer, in welchem die rückschreitende Amnesie sich über einen Zeitraum von mehr als $1^1/_2$ Jahren erstreckte. Zum Schlusse wird des zeitweisen Ausfalles gewisser Erinnerungsgruppen Erwähnung gethan.

Es handelte sich bei Charlton (15) um eine 35jähr. verheiratete Frau, welche vor 4 Jahren schon eine mehrmonatliche Psychose durchgemacht hatte und seitdem etwas verblödet und kindisch geworden war.

Im Anschluss an eine im Frühjahr überstandene Influenza stellte sich dauerndes Kopfweh und zeitweiliges Erbrechen ein. Eines Tages im Herbst klagte sie über Pickeln und Taubheit in der linken Gesichtshälfte und im linken Arm. Schliesslich kam es zur vollständigen linksseitigen Lähmung. Bei der Aufnahme im Spital war die Pat. nicht völlig orientirt und war erregt; linke Pupille weiter als rechte. Es bestand spastische linksseitige Hemiplegie; beide Kniephänomene gesteigert. Plantarreflex links fehlend. Sensibilitätsprüfung wegen des psychischen Verhaltens nicht gut möglich. In den nächsten 5 Tagen traten neue erst sehr heftige und zahlreiche (10—15 täglich), später leichtere und seltenere Anfälle ein, die alle gleichartig verliefen. Beginn mit Zucken im linken Mundwinkel, das sich etwas über das Gesicht ausbreitete, darauf Anspannung der Finger, des Armes, der Schulter, schliesslich des Fusses, des Beines und der Hüfte. Alles nur links. Nur in den heftigsten Anfällen sprang der Krampf auch auf die andere Seite über. Kopf und Augen wandten sich regelmässig nach links. Kein Bewusstseinsverlust während der Anfälle, auch kein Zungenbiss und keine Enuresis.

Nach Schluss der Anfallsserie erholte sich Pat. rasch und vollständig von ihrer Lähmung.

Syphilis liess sich in diesem Falle ausschliessen. Herz und Lunge waren gesund. Neuritis optica bestand nie. Es blieb keine andere Annahme übrig als die einer plötzlich eingetretenen Thrombose des ersten bis dritten Astes der rechten Art. foss. Sylv., welche die Rolando'sche Zone versorgen.

Auf Grund eines klinisch und pathologisch genau untersuchten Falles von corticaler Epilepsie kommt Muralow (17) zum Schluss, dass die cort. E. von einer destructiven Herderkrankung in der motorischen Sphäre bedingt wird. Die Bogenfasern dienen als Leitungsbahnen für den epil. Reiz. Die Degeneration der Bogenfasern versetzt die anliegenden Zellen in den Zustand einer constanten Hypertonie. Die begleitende Störung des Muskelgefühls hängt von dem Ausfall der Bogenfasern ab. Die circumscripten Erkrankungen der Rinde mit verbreiteter Degeneration der Projectionsfasern, aber nur mit schwacher Betheiligung der Associationsbahnen verlaufen mit schweren Lähmungen ohne Epil.

897 Fälle sicher constatirter Epilepsie von Tooth (3) werden nach verschiedenen Gesichtspunkten der Würdigung unterzogen: dem Geschlecht, dem Lebensalter, in welchem der erste Anfall beobachtet wurde, der Krankheitsursache, der Heredität und dem Resultat der Behandlung.

49,3 pCt. der Fälle betreffen das männliche, 50,6 pCt.

das weibliche Geschlecht. In 10pCt. derselben tritt der erste Anfall schon im 1. Lebensjahr, in 18,4pCt. in den 3 ersten Lebensjahren auf; auf das 3.—11. Lebensjahr kommen 24,7pCt.; auf das 11.—16. 26pCt. In diesem Zeitraum giebt das 14. Lebensjahr bei beiden Geschlechtern die grösste Ziffer, das weibliche Geschlecht überwiegt aber noch wohl im Zusammenhange mit der in dieser Zeit auftretenden Menstruation das männliche nicht unbeträchtlich. In das 17.—24. Lebensjahr fallen 17,3pCt., in das Alter von 25—65 Jahren nur noch 13,6pCt. Im 20.—23. Lebensjahr überwiegt das männliche Geschlecht das weibliche. In die Zeit von 1. bis 24. Jahr fallen 86,3pCt. aller Fälle. Was die Ursache der Krankheit anbelangt, so ist eine solche in 86,8pCt. aller männlichen, in 83,5pCt. aller weiblichen überhaupt nicht verzeichnet. Bei den übrigen sind psychische Ursachen am gewöhnlichsten. Die Hereditätsverhältnisse sind bei der Ungenauigkeit und Unwissenheit von seiten der Patienten und Bekannten schwer festzustellen. Als ätiologische Momente kommen wohl ausserdem der Alkohol und die Syphilis in Betracht. Zum Schlusse wird eine Zusammenstellung der Behandlungsresultate gegeben. In Anwendung kamen für gewöhnlich die Bromsalze; in wenigen Fällen, in denen jene versagten, scheint mit Borax eine merkliche Besserung erzielt zu werden.

Collins (5) berichtet nach eingehender Kritik der operativen Behandlung der Epilepsie über zwei Fälle, in denen diese zur Anwendung kam. Der eine derselben gehört der Jackson'schen, der andere der idiopathischen Epilepsie an. Die Operation bestand bei beiden in Eröffnung der Schädelkapsel, Spaltung der Dura mater und Ausschneiden des Stückes der Hirnwand, in welches nach den Anfällen zu schliessen der Sitz der Erkrankung verlegt werden musste. Nur dieser Eingriff mit den geschilderten 3 Abschnitten soll für die Bezeichnung Operation bei Epilepsie gelten.

Im ersten Fall ist die Gegend des Centrums für die rechte Hand, im zweiten die für das linke Bein, als den jeweiligen Ausgangsstellen der Anfälle entfernt worden.

Interessant ist der pathologische Befund und das Resultat der microscopischen Untersuchung der excidirten Hirnstücke. In dem Fall von Jackson'scher Epilepsie fand sich chronische Menigoencephalitis, ausgesprochene obliterative Veränderungen in den Blutgefässen der Pia und der Rinde, schleichende degenerative Processe an den Ganglienzellen, erweichte Herde, Ersatz derselben durch echtes Neurogliagewebe. Im zweiten Falle wurden abnorme Zustände in der Zone der grossen Pyramidenzellen constatirt, bestehend in völligem Schwund oder starken degenerativen Veränderungen der letzteren. Der Mangel der Zellen ist zwar, wenn auch nur zum Theil, auf die in Folge der Operation entstandenen zahlreichen Hämorrhagien zurückzuführen.

Der erste Patient ist länger als ein Jahr frei von Anfällen geblieben, der zweite ist, um ein sicheres Urtheil zu bieten, zu kurz beobachtet. Es ist zu wünschen, dass die operative Behandlung der Epilepsie nicht ganz ausser Gebrauch kommt, wenn sie sich auch immer nur für eine äusserst beschränkte Anzahl von Fällen eignen wird.

5. Chorea. Chorea hereditaria progr.

1) Leuch, Eine sogenannte Chorea-Epidemie in der Schule. Schweizer Correspondenzbl. No. 15. (Es handelte sich um eigenartige Zitteranfälle der Arme, welche hauptsächlich während des Schulunterrichtes, seltener zu Hause auftraten. Die Einschleppung der Epidemie war durch ein Mädchen erfolgt, welches seinerseits vorher in einer anderen Stadt eine ähnliche Schulepidemie durchgemacht hatte. Erst erkrankten die in der Nähe des Mädchens sitzenden Cameradinnen, schliesslich wurde der Kreis immer grösser, bis 25 Kinder [24 Mädchen, 1 Knabe] ergriffen waren, die zwei verschiedenen Classen angehörten. Die Uebertragung von der einen zur anderen Classe geschah durch eine nervöse Arbeitslehrerin, welche selbst angesteckt wurde. Die ganze Epidemie wird als eine zweifellos hysterische betrachtet, um so mehr, als bei einigen Fällen auch beträchtliche Einschränkung des Gesichtsfeldes constatirt wurde.) — 2) Lawrence, F. U., Chorea. — ? (Die Ch. ist eine Erkrankung der Hirnrinde, und beruhen ihre Symptome auf einer Verringerung des hemmenden Einflusses der oberflächlich gelegenen sensorischen Zellen auf die tieferen motorischen. Solange nur die ersteren geschädigt sind, kommt es zu unfreiwilligen, jedoch noch associirten Bewegungen, sind jedoch auch die letzteren ergriffen, so treten die regellosen Zuckungen auf.) — 3) Bernard, Case of choreic movements limited to right shoulder and arm. (Case exhibited.) Dublin. Journ. April. p. 109. (Es handelt sich um unabhängig vom Willen auftretende ruckartige Bewegungen in der rechten Schulter u. den Flexoren der rechten Hand bei einem 22jährig. Mann. Die Muskeln der rechten Schulter, des Ober- u. Vorderarms sind merklich hypertrophisch, die Wirbelsäule ist etwas scoliotisch. Interessant ist, dass schon in einem Alter von 14 Jahren beim Schreiben in der Schule eine zuckende Bewegung in der rechten Schulter bemerkt wurde. Es wird im Anschluss bei Gelegenheit dieses Falles bemerkt, dass von vielen Seiten leichten Muskelschmerzen, Krämpfen und spastischen Erscheinungen eine ungenügende Beachtung zukomme, bis sie endlich, wie im vorliegenden Fall, zu ausgebildeten u. offenkundigen Bewegungsstörungen geführt haben. Die Ursache derartiger Erscheinungen ist in einer mangelhaften Ausscheidung der toxischen Agentien von Gicht, Rheumatismus und Halsentzündung zu suchen. Notizen über 5 andere verwandte Fälle.) — 4) Broaddus-Pritchard, W., Sydenham's Chorea; an analytical study of 125 cases. Amer. Med. News. No. 9. 29. Aug. — 5) Bernstein, A., Die psychischen Aeusserungen des Chorea minor. Allg. Zeitschr. f. Psych. 53. (Bringt nichts Neues.)

6. Tetanus, Kopftetanus, Tetanie.

1) Behring und Knorr, Tetanusantitoxin für die Anwendung in der Praxis. Deutsche med. Wochenschr. 22. Octob. — 2) Worthington, The prognosis of tetanus. St. Barthol. Hosp. Rep. Vol. 31. p. 137 seq. (Zusammenstellung von 68 Fällen von Tetanus der Jahre 1884—1894. Eine Prüfung derselben zeigt, dass die Prognose des Falles in der Hauptsache abhängig ist von 3 Factoren: der Incubationszeit, dem acuten Beginn der Krankheit und der Heftigkeit der Krämpfe, sowie der Dauer der Krankheit. Von allen dreien ist wahrscheinlich die Incubationszeit der wichtigste, der acute Beginn kommt an zweiter Stelle. Je länger die Incubationszeit und die Dauer der Krankheit, um so günstiger ist die Prognose, und umgekehrt, je rascher

die Krankheit einsetzt und je heftiger die Krämpfe sind, um so ungünstiger. Sämmtliche Fälle sind nicht mit Serum behandelt; im ganzen starben 28 oder 41,17 pCt. Werden noch 23 Fälle aus Baumgarten's Berichten vom Jahre 1891, 1892 und 1893, die mit verschiedenen Mitteln behandelt sind und 5 Todesfälle aufweisen, dazugenommen, so sind es im ganzen 91 Fälle, darunter 33 mit tödtlichem Ausgang oder 36,26 pCt. Die Mortalität der acuten Fälle unter den 68 insgesammt beträgt 18,2—66,6 pCt., die der chronischen 17,8 bis 10,3 pCt. Diese Zahlen werden mit der Statistik von Kanthack, der alle mit Serum behandelten Fälle bis zum März 1895 zusammengestellt hat, verglichen, und man sieht, dass sich die Prognose nur für die chronischen Fälle etwas günstiger gestaltet, während für die acuten eher ein schlechteres Resultat erzielt wird. Trotzdem muss die Anwendung des Serum als die beste und rationellste symptomatische Behandlungsmethode gelten.) — 3) Blumenthal, Klinische und experimentelle Beiträge zur Kenntniss des Tetanus. Zeitschr. f. klinisch. Medic. Bd. 30. (Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Das im menschlichen Organismus kreisende Tetanusgift ist ein in kochsalzhaltigem Wasser löslicher Körper, welcher nicht zu den Eiweissstoffen gehört. 2. Durch Injectionen von Heilserum wird das im Blute kreisende Tetanusgift unwirksam. 3. Die Rückenmarksubstanz enthält das Tetanusgift. Es wird daselbst durch das im Organismus kreisende Antitoxin nicht unwirksam gemacht. 4. Das im menschlichen Organismus gebildete Tetanusgift erzeugt bei Meerschweinchen nicht wie beim Menschen eine Erhöhung der Körpertemperatur, sondern eine Erniedrigung derselben. 5. Der Urin Tetanuskranker enthält kein Tetanusgift in wirksamer Concentration. Urin nicht mit Tetanus behafteter Versuchsthiere kann an und für sich tetanusartige Symptome bei Mäusen und Meerschweinchen hervorrufen.) — 4) Brunner, Zur Kenntniss des Tetanusgiftes. Ebendas. XXXI. (Bemerkungen zu vorstehender Arbeit Blumenthal's.) — 5) Blumenthal, Dasselbe. Ebendas. (Erwiderung auf die Ausführungen Brunner's.) — 6) Brun, M. H. de, (de Beyrouth), Etude sur le raccourcissement musculaire post-tetanique, et sur quelques symptomes peu connus du tétanos. Bull. de l'Acad. 32. (Beobachtungen der Art sind zwar schon gemacht, aber nirgends ausführlicher beschrieben. Es folgen drei Krankengeschichten: in gleicher Weise schlossen sich an untrügliche Tetanusinfection sichere Zeichen für Muskelverkürzung — nicht etwa Contracturen etc. — an und zwar regellos disseminirt in Bein-, Rumpf-, Arm- und Gesichtsmuskeln; so zwar, dass z. B. 2 Kranke beim Gehen nur mit der Fussspitze auftreten konnten, der eine von ihnen ausserdem noch den linken Arm nicht über einen rechten Winkel zu strecken vermochte, ein anderer Patient dagegen beim Essen nur ganz kleine Stücke in den Mund bringen konnte [Masseterenverkürzung]. Bei allen diesen Kranken zeigten die Muskelverkürzungen mit der Zeit entschiedenes Bestreben sich wieder auszugleichen. — Ob ihr Auftreten nach Tetanus Regel oder Ausnahme ist, will Verf. bei der geringen Literatur nicht entscheiden. — Von sonstigen Symptomen der Tetanuskrankheit führt er im zweiten Theil seiner Abhandlung an: Verstopfungen, Hunger, oft Heisshunger in der Reconvalescenz, heftigen Durst, Schlaflosigkeit, profuse Schweisse, beständiges Bedürfniss nach Lagewechsel.) — 7) Baker, Oswald, A case of tetanus treated with Tetanus-Antitoxin: death. The British med. Journ. 25. Jan. (Erste Symptome 10 Tage nach der Infection, Einsetzen der Antitoxin-Behandlung am 3. Krankheitstage, Tod am 5.) — 8) Willemer, Ein mit Behring'schem Antitoxin behandelter Tetanusfall. Deutsche medicin. Wochenschrift. (Es handelt sich um einen Fall von Tetanus, bei welchem durch die erst am 9. Tage nach dem ersten Auftreten der tetanischen Erscheinungen erfolgten Injectionen von Antitoxin Heilung erfolgte. Die angewandte Menge von 9 g hundertfachen Normalantitoxins wurde ohne nachweisbare unerwünschte Nebenwirkung ertragen.) — 9) Ridge, J. J., Case of Tetanus treated with Antitoxin. British med. Journal. 12. Sept. (16jähriger junger Mann erlitt Quetschung und Hautschürfung der Hand. 14 Tage später erste tetanische Erscheinungen, die in den folgenden Tagen aggravirten. Am Ende der ersten Woche Einsetzen der Antitoxinbehandlung. Heilung nach weiteren $2\frac{1}{2}$ Wochen.) — 10) Tracey, Case of chronic tetanus treated by Tizzoni's antitoxin; recovery. The Lancet. Febr. 1. p. 287. — 11) Swindells, Notes on two cases of tetanus; recovery. Ibidem. (Beide Fälle demonstriren den Werth des Chloralhydrats bei dieser Erkrankung.) — 12) Macartney, Notes on two cases of tetanus treated with tetanus antitoxin. Ibidem. Januar 18. p. 157. (In beiden Fällen tödtlicher Ausgang trotz Anwendung von Serum.) — 13) Withington, A case of tetanus following abortion, treated by antitoxin, recovery. Boston journ. Vol. CXXXIV. No. 3. p. 53. (Erkrankung einer kurz verheiratheten 30jährigen Frau, 13 Tage nach einem Abort. 3 Tage nach der Fehlgeburt waren septische Erscheinungen aufgetreten und das Curettement vorgenommen worden. Sie erhielt im Ganzen 4 Einspritzungen und war nach nicht ganz 3 Monaten genesen. Es werden noch mehrere anderweitig beobachtete und mit Antitoxin behandelte Tetanusfälle besprochen, die theils günstigen, theils ungünstigen Ausgang nahmen.) — 14) Farrant, A case of tetanus treated by Tizzoni's antitoxin; death. The Lancet. March 28. p. 847. — 15) Mac Ewen, Two cases of tetanus treated by antitoxin. Ibid. Aug. 8. p. 381. (Im ersten Fall handelt es sich um einen 50jährigen Mann, der 10 Tage nach der Amputation einer Zehe erkrankte, im andern um eine verheirathete Frau von 21 Jahren, bei der die Krankheit 7 Tage nach einer Fehlgeburt im 4. Monat auftrat. Beide Fälle endeten trotz der Behandlung, durch die jedoch die Krämpfe etwas geschwächt und vermindert wurden, mit dem Tode.) — 16) Greenwood, T. P., Case of traumatic Tetanus treated by Antitoxin. Recovery in three weeks. Ibid. 10. Oct. — 17) Voorthuis, Een geval van tetanus traumaticus behandeld met. Antitoxine. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. India. XXXVI. — 18) Villa, Francesco, Per la casuistica della Tetania in gravidanza. Gazz. med. Lomb. 39. 40. — 19) Trevelyan, Remarks on the treatment of tetanus with a report of a case of cephalic tetanus treated by injection of antitoxic serum. The British med. journal. Febr. 8. p. 322. (Der dritte Fall, in dem die Serumbehandlung des Tetanus auch nicht den leichtesten Effect für den folgenden Verlauf der Krankheit hatte. Bis jetzt ist nach den Erfahrungen des Verfassers die Wirksamkeit der Serumtherapie bei Tetanus nicht mit absoluter Sicherheit erwiesen. Nach manchen Beobachtungen dürfte es jedoch den Anschein haben, als käme die Zeit, wo sie von Erfolg gekrönt wäre. Die Anwendung des Serums als Prophylacticum ist, besonders, wenn es sich um Wunden, die mit Erde in Berührung kamen, handelt, zu empfehlen.) — 20) Miles, George W., Tetany with an illustrative case. Medical News. 11. Jan. — 21) Levy-Dorn, Tetanie. Berl. klin. Wochenschr. No. 4 und Therap. Monatsh. Febr. (Darstellung eines Falles von Tetanie, welcher durch Behandlung mit Thyreoidin in kurzer Frist wesentlich gemildert wurde.) — 22) Howard and Lothrop, Tetany, with report of (3) cases. Boston Journ. No. 21. p. 513. — 23) Sarbo, Die Tetanie. Eine ätiologisch-pathologische Studie. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. VIII. (3 Fälle, von welchen 2 eine Mutter und ihr Kind betrafen. S. betrachtet die Tetanie nicht als eine Infectionskrankheit, sondern macht Ernährungsstörungen für das Auftreten der Tetanie verantwortlich. In Bezug auf die Pathologie wird die Tetanie als eine centrale

Zellenerkrankung aufgefasst.) — 24) Marschner, Casuistische Beiträge zur Lehre von der chronischen, recidivirenden Tetanie. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 56. — 25) Hoffmann, J., Weiterer Beitrag zur Lehre von der Tetanie. Zeitschr. f. Nervenh. IX. (Ein 18jähr. Maurer, bei welchem wegen Strumarecidiv am 6. Aug. 1890 das Schilddrüsengewebe bis auf einen kleinen Rest, so gut wie total, exstirpirt wurde, erkrankte am 9. August 1890 unter den Erscheinungen von Tetanie. Nach vorübergehender Besserung bietet Patient mit Eintritt der kalten Jahreszeit, Dezember 1890, wieder vollausgebildete Tetanie dar, zugleich aber Erscheinungen, welche in das Gebiet des Myxödem gehören, sowie myotonische Reaction in den Muskeln. Letztere könnte vielleicht auf chemische Alteration der Muskeln in Folge des Myxödems zurückgeführt werden. Da im vorliegenden Falle durch Schilddrüsenentfernung neben Myotonie einerseits Tetanie, andererseits Myxödem erzeugt wurde, so ist daran zu denken, dass ebenso wie durch Atrophie der Schilddrüse chronisches Myxödem erzeugt wurde, durch Erkrankung des gleichen Organes die idiopathische, besonders die endemische Tetanie hervorgerufen werde, zumal Fälle beobachtet wurden, in welchen nach Kropfexstirpation für Jahre nur Tetanie oder nur Myxödem resp. Cachexie folgte. Tetanie und Myxödem haben eine Reihe gemeinsamer Erscheinungen, beide werden durch Kälte ungünstig beeinflusst, beide kommen in südlichem Klima nur vereinzelt vor. Häufig findet man Tetanie und Kropf in denselben Gegenden. Schilddrüsen- resp. Thyreoidin-Behandlung beeinflusst Tetanie günstig. Es spricht also manches für einen causalen Zusammenhang zwischen idiopathischer bes. endemischer Tetanie und Schilddrüse. Es folgt ein kurzer Bericht über einen weiteren Fall, bei welchem an eine fast totale Kopfexstirpation ausserordentlich schwere Tetanie direct sich anschloss.) — 26) Köster, H., Ein Fall von Tetanie mit eigenthümlichem Sectionsbefund. Zeitschr. f. Nervenk. IX. (Bei einem 21jähr. Bäcker, dessen Mutter und Schwester an leichten Krampfanfällen leiden, treten seit 1/2 Jahre an Heftigkeit allmälig zunehmende schmerzhafte Zusammenziehungen der Augenmuskeln, der Musculatur der Arme, des Rumpfes, des Bauches und der Beine auf, ausserdem Schwierigkeiten beim Schlucken und retentio urinae. Der Krampf war bald clonisch, bald mehr tonisch-clonisch. Es bestand Trousseau's und Erb'sches Symptom, stark gesteigerte Muskelerregbarkeit, normale Sensibilität, Steigerung der indirecten galvanischen Erregbarkeit. Reflexe mit Ausnahme des P.-S.-R., welcher nicht hervorgerufen werden konnte, normal. Tod im urämischen Coma. Section ergab: Primäre Schrumpfniere, circumscripte Blutungen an der Vorderseite der Cauda equina und beiderseits um die Wurzeln des 3. bis 5. Halsnerven; Blutungen und Hyperämie der Ischiadicusseite und des umgebenden Bindegewebes des rechten Beines. Microscopisch normaler Befund. Es handelt sich um eine Tetanie mit verschiedenen Abweichungen vom typischen Bilde. Köster glaubt die tetanischen Symptome nicht als Folge jener Blutungen betrachten zu dürfen, dagegen wäre wohl an sie als ursächliches Moment der clonischen Zuckungen an den Beinen zu denken. Die Unmöglichkeit, den P.-S.-R. auszulösen, vermuthet K. in der bestehenden, wenn auch geringen Muskelrigidität. Wegen des nicht allzuhäufigen Vorkommens der Tetanie bei Nephritis nimmt er auch in diesem Falle keine ursächlichen Beziehungen zwischen der Tetanie und der chronischen Nephritis mit urämischer Intoxication an. Eine Art Disposition zur Tetanie auf hereditärer Grundlage ist im vorliegenden Falle möglich.)

7. Morbus Basedowii.

1) Murray, A Discussion on the pathology of exophthalmic goitre. Brit. med. Journ. Oct. 3. p. 893. (Nach M. handelt es sich bei der Graves'schen Krankheit auf Grund seiner experimentellen Untersuchungen, microscopischen Befunde und klinischen Beobachtungen um eine übermässige Bildung und Resorption von Schilddrüsensecret. Die Symptome der Krankheit entstehen durch die Gegenwart des überschüssigen Secretes im Blute und durch die Wirkung des Secretes auf die Gewebe, vor allem auf die Nervencentren in der Medulla oblongata. Es ist nach einer Verbesserung der Behandlungsmethode der erkrankten Schilddrüse zu streben. Es erscheint zweckmässig, einen mässigen Grad von Bindegewebswucherung hervorzurufen, um so den natürlichen Heilungsprocess zu unterstützen. Da die Entfernung eines Theils der Drüse nicht ungefährlich ist, wären etwa Jodinjection, Electrolyse oder andere eine beschränkte Bindegewebsbildung herbeiführende Mittel zu empfehlen. An der Discussion betheiligen sich noch Horsley, Edmunds, Hamilton, Adami, Abram, Hutchinson und Abraham.) — 2) Steinlechner, Ueber das Vorkommen von Morbus Basedowii und Tetanie bei einem Individuum. Wien. klin. Wochenschr. No. 1. (20jähr. Kranke bekam vor einem Jahre zum ersten Male typische Tetaniekrämpfe in beiden oberen Extremitäten; ein halbes Jahr später begannen die Symptome des Morbus Basedowii mit anwachsender Struma. Krämpfe in den Händen bestanden fort. Tod infolge von Pneumonie. Die Section ergab entsprechend der Convexität des rechten Gyrus supramarginalis einen etwa erbsengrossen verkalkten Cysticercus.) — 3) Owen, Thymus feeding in exophthalmic goitre. Brit. med. Journ. Oct. 10. p. 1017. (Nach eigenen und anderweitigen Beobachtungen wird die Thymusfütterung bei Morbus Basedowii mit sehr günstigem Erfolg angewandt. Einige Thatsachen geben zu der Vermuthung Veranlassung, dass eine Art Wechselwirkung zwischen der Thymus und der Schilddrüse in ihrer Beziehung zum Nervensystem besteht. Die Secretion der Schilddrüse übt auf die Gehirnthätigkeit einen anregenden Einfluss aus und ist zur Zeit der Pubertät, wenn Veränderungen im Sexualapparat stattfinden, gesteigert, während die Thymus zu dieser Zeit endgültig verschwindet. Ausserdem schwillt bei Thieren während des Winterschlafes, einer Zeit, wo die Thätigkeit des Gehirns und die Geschlechtsfunctionen darniederliegen, die Thymus zu ihrem grössten Umfang an. Dies legt die Vermuthung einer functionellen Beziehung zwischen den verschiedenen Drüsen nahe und veranlasst zu dem Gedanken, dass die Krankheit herrühre von einer Störung in dem Gleichgewichte der inneren Secretionsvorgänge derselben.) — 4) Spencer, Exophthalmic goitre treated by galvanism with report of cases. Med. News. Nov. 28. p. 601. (Es wird die Behandlung der Basedow'schen Krankheit mit dem constanten Strom warm empfohlen und die Art der Application desselben beschrieben. Die Behandlung erfordert wohl Geduld und Ausdauer von Seiten des Arztes und Patienten, wird aber dann mit Erfolg belohnt und hat den Vorzug, billiger und ungefährlicher als eine andere Therapie zu sein. Jedenfalls kann sie, auch wenn sie nichts nützen sollte, lange Zeit, ohne Schaden zu verursachen, fortgesetzt werden.)

III. Vasomotorische und trophische Neurosen.

1. Allgemeines, Erythromelalgie, Morvan'sche Krankheit.

1) Dehio, Ueber Erythromelalgie. Berliner klin. Wochenschr. No. 37. (D. fasst an der Hand eines Falles den Symptomencomplex der E. als den Effect eines abnormen nervösen Erregungszustandes auf. Wahrscheinlich beruht dieselbe auf einer Erkrankung der Hinterhörner und der Seitenhörner der grauen Substanz des Rückenmarks. Die anatomische Untersuchung des

resecirten Stückes der linken Arteria ulnaris ergab eine beträchtliche Arteriosclerose. Ein gleichfalls resecirtes Stück des linken Nervus ulnaris erwies sich als vollkommen gesund. An der operirten linken Hand fiel auf, dass der kleine Finger sowie der Kleinfingerballen nunmehr von einer völlig trockenen und festen Epidermis bedeckt sind, während die gesammte übrige Hand nach wie vor mit Schweissperlen bedeckt erscheint und eine vom Schweiss völlig macerirte Epidermis besitzt. Die spontanen Schmerzen bestanden auch nach der Operation unverändert fort.) — 2) Schenk, Klinische Untersuchung des Nervensystems in einem Falle von Erythromelalgie. Wiener med. Presse. No. 45. (Der Patient bot folgende nervöse Symptome: Schlaflosigkeit, leichte Erregbarkeit, Blasen- und Mastdarmstörungen, stellenweise Analgesien und Hyperalgesien, Störung der Localisationsfähigkeit, spinale Ataxie, stellenweise Atrophien an Haut und Musculatur der Oberarme, Steigerung der Reflexe, Clonus des linken Patellar- und Plantarreflexes. Sch. nimmt an, dass es sich um einen aufsteigenden myelitischen Process der Hinterstränge und der in der Nähe derselben gelegenen Erkrankung der vasomotorischen Centren handelt. Die E. hatte den linken Fuss ergriffen und war im Anschluss an eine starke Durchnässung aufgetreten.) — 3) Heimann, Zwei Fälle von acuter Erythromelalgie. Berliner klin. Wochenschr. No. 51. (Als Ursache wird in beiden Fällen eine acut verlaufende vasomotorische Neuritis angenommen.) — 4) v. Holst, Ueber die Raynaud'sche Krankheit symmetrischer Hautgangrän. Inaug.-Dissert. Halle. — 5) Morbo di Morvan. Gazzetta med. lombarda. No. 44. (Differentialdiagnosen zwischen ihr und Raynaud'scher Krankheit, Erythromelalgie, Syringomyelie, Trophoneurosen und der Lancereaux'schen Krankheit, der symmetrischen Gangrän. Die Morvan'sche Krankheit hat Aehnlichkeit mit der Sclerodactylie und der von Quinquad s. g. „Patereccio nervoso".) — 6) Fuchs, Raynaud'sche Krankheit und Sclerodactylie. Wiener klin. Wochenschr. No. 39. (Mittheilung zweier Fälle von Raynaud'scher Krankheit combinirt mit Sclerodactylie. Hinweis auf die Aehnlichkeit beider Krankheitsformen.) — 7) Aitken, Crawford C., A case of Raynaud's disease associated with Uraemie. The Lancet. 26. Sept. (Die Anfälle von vasomotorischen Spasmen gingen regelmässig mit einer beträchtlichen Verringerung der harnsauren Diathese einher.) — 8) Wixstanley, A case of symmetrical gangrene of the lower limbs. Ibid. Sept. 19. p. 811. (Bei der Section fand sich in der Aorta oberhalb der Bifurcation ein mächtiger Thrombus, der sich in die linke Iliaca bis zur Femoralis fortsetzte. Bemerkenswerth ist die Familiengeschichte, in der Erkrankungen der unteren Extremitäten sehr häufig sind.) — 9) Holzer, Ein merkwürdiger Fall von Anaesthesia und Analgesia totalis. Wien. med. Blätter. No. 11. (26jähr., nicht belastetes Mädches bemerkt seit ihrem 8. Lebensjahre eine Gefühllosigkeit der rechten Hand, auch traten bei wiederholten, zum Theil erheblichen Verletzungen derselben niemals Schmerzen auf. Mit Ausnahme der Gesichtshaut besteht am ganzen Körper eine Anaesthesie, die an den einzelnen Partien in verschieden starkem Grade vorhanden ist.) — 10) Erb, Zweiter Nachtrag zu meiner casuistischen Mittheilung über Akinesia algera. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. VIII. (Bericht über einen früher mitgetheilten Fall nach Verlauf von 2 Jahren. Besserung, fast Heilung, herbeigeführt durch psychische Einflüsse.)

2. Sclerodermie.

1) Vespa, Benjamino, Sopra un caso di sclerodermia e uno di malattia di Raynaud. Bull. della Soc. La. XVI. (Es wird ein Fall von Raynaudscher Krankheit und ein Fall von Sclerodermie beschrieben. Beide Krankheiten stehen sich sehr nahe, so dass manche Autoren sie als Krankheitserscheinungen ein und derselben Krankheit angesehen wissen wollen. In dem beschriebenen Falle von Raynaud'scher Krankheit kann man als Ursache weder periphere Neuritis [Pitres und Vaillard] annehmen, noch Endarteriitis obliterans der Endäste der Gefässe (Recklinghausen, Goldschmidt u. a.]. Am besten erklärt die Theorie von Raynaud die betreffenden Symptome. [Spastische Contraction der Capillaren in Folge Erregung der vasomotorischen Centren der Medulla spinalis.] Die Ernährungsstörungen können in Beziehung gebracht werden zu den trophischen Centren, welche im Rückenmark den vasomotorischen benachbart sind. Aber nicht in jedem Falle ist diese Pathogenese anzunehmen, sie ist verschieden, wie die Ursachen, welche die Krankheit hervorrufen. Wegen der Therapie ist es wichtig in der Praxis beide Krankheiten rechtzeitig zu erkennen.) — 2) Grünfeld, Ein Fall von Sclerodermie combinirt mit Morbus Basedowii. Wien. med. Blätter. No. 20. (33jährige Frau, seit 8 Jahren an Basedow leidend, zeigt seit 2 Jahren ausgesprochene sclerodermatische Hautveränderungen am Rumpfe. Unter dem Gebrauch von Thyreoideatabletten wurden Exophthalmus und Struma erheblich geringer, auch zeigte sich ein Rückgang der sclerodermatischen Erscheinungen.) — 3) Stephan, Ein Fall von Sclerodactylie. Berl. klin. Wochenschr. No. 52.

3. Acromegalie. Congenitale Hypertrophien.

1) Comini, Contribuzione allo studio clinico ed anatomico dell'Acromegalia. Gazz. med. Lombard. 18. (Bericht über 3 Fälle von Acromegalie. Einer der Pat. kam zur Autopsie: ausser leichter Meningitis nur etwas vermehrte Flüssigkeit in den Seitenventrikeln. Macroscopisch fand sich als auffallender Befund die Hypophysis cerebri taubeneigross, sehr erweicht und 10 g schwer. Glandula thyreoidea normal, Gewicht 110 g. die Haut des Thorax ist verdickt und besonders rechts ist das Zellgewebe reichlicher und fester wie in der Norm. Folgende Schlüsse: 1. Tumor der Hypophyse ist, wenn auch kein constantes, so doch häufiges Phänomen bei Acromegalie. Auch hatte hier die histologische Veränderung der Drüse statt. 2. Unter die anderen nervösen Störungen, welche das genuine Krankheitsbild der trophischen Neurose Acromegalie bilden, müssen zugezählt werden die amyotrophischen Störungen in directem Zusammenhang mit der peripheren Neuritis. 3. Mit der Acromegalie können Erscheinungen von Myxödem vorkommen. 4. Eine Rückbildung der Acromegalie ist möglich. 5. Thyreodinbehandlung ist zu empfehlen.) — 2) Worcester, Case of acromegaly with autopsy. Tumor of pituitary body. Boston Journal. Vol. CXXXIV. No. 17. p. 413. (Von Interesse ist in diesem Falle das hohe Alter der Patientin [70 Jahre] und die Erscheinungen von Myxödem, die während der Behandlung mit Schilddrüsenextract verschwanden. Es wurden noch 25 andere Fälle von Erkrankungen der Zirbeldrüse zusammengestellt und die von verschiedener Seite noch vertretene Ansicht, dass die Vergrösserung der Hypophyse bei Acromegalie nur ein Symptom dieser Krankheit sei, wird für widerlegt gehalten.) — 3) Roxburgh, R. and A. J. Collis, Notes on a case of acromegaly. British med. Journ. 11. July. (Verheirathete Frau, welche einmal im Alter von 28 Jahren geboren hatte. Seitdem war Menstruation ausgeblieben. Etwa im Alter von 29 Jahren traten die ersten acromegalischen Veränderungen an den Händen und Fingern wie im Gesicht auf. 6 Jahre später wurde doppelseitige Neuritis optica constatirt, die zur Atrophie der Sehnerven führte, sodass auf dem linken Auge vollständige Blindheit, auf dem rechten sich Hemianopsie (die nasale Hälfte des Gesichtsfeldes ausfallend) ausbildete. Das Tastgefühl ging verloren. Das Gedächtnis für vergangene Ereignisse blieb gut, neuere Eindrücke hafteten

dagegen nicht mehr. Heftiges Kopfweh, starke Schmerzen in den unteren Extremitäten. Wenige Wochen vor dem Tode, der im 7. oder 8. Jahr der Krankheit erfolgte, stellte sich Incontinentia urinae ein. Temperatur meist subnormal. Tod im Coma. Obductionsbefund: Schilddrüse normal, Thymusdrüse wie die eines Kindes. Ueber der Convexität des Hirnes einige meningitische Adhäsionen. Glandula pituitaria wallnussgross, saft- und gefässreich. An der Sella turcica dem entsprechender Knochenschwund. Der Tumor der Zirbeldrüse erwies sich als Gliom bezw. Rundzellensarcom. Die übrigen Organe waren gesund.) — 4) Sears, A case of acromegaly treated with thyreoid extract. Boston Journ. Vol. CXXXV. No. 1. p. 17. (Erkrankung einer 45jähr. Frau, im Anschluss an einen 2 Jahre zuvor erlittenen Unfall. Es fiel ihr ein Flacheisen auf die linke Seite. Die Behandlung hatte eine entschiedene Besserung zur Folge.) — 5) Broadbent, A case of acromegaly. The Lancet. March 28. p. 846. (Der Fall, beobachtet bei einer 23jährigen Frau, beweist, dass die Hyperplasie des Knochengewebes kein unveränderlicher Factor ist, und zeichnet sich noch durch eine homonyme Hemianopsie für die linken Gesichtsfelder, oder die temporale Hälfte der rechten und die nasale der linken Retina und durch die Reactionslosigkeit der Pupillen bei Lichteinfall auf die rechtsseitigen Retinahälften aus. Letztere Erscheinungen werden zurückgeführt auf eine Schädigung des rechten Tractus opticus durch Druck eines Zirbeldrüsentumors.) — 6) Dinke, H. H., Acromegaly. New York Med. Record. 28. Nov. (Das Interesse des hier beschriebenen Falles liegt in der durch 5 monatliche Darreichung von Schild- und Zirbeldrüsen-Extracten erzielten Besserung.) — 7) Bourneville et Regnault, Acromégalie. Bull. de la Soc. anatom. Juli. (Beschreibung von 3 acromegalischen Schädeln.) — 8) Rolleston, A case of akromegaly treated by pituitary extract. remarks. The Lancet. April 25. p. 1137. (Der Fall zeichnet sich aus durch rapide Entwickelung einer Opticusatrophie auf beiden Seiten, hervorgerufen durch Druck von Seiten der vergrösserten Hypophyse; ausserdem durch die Gegenwart von Zucker im Urin. Die Behandlung war ohne wesentlichen Erfolg. Das spricht dafür, dass die Ursache der Krankheit nicht in einer aufgehobenen oder gesteigerten, sondern in einer krankhaft veränderten Thätigkeit der Drüse liegt.)

IV. Neurosen verschiedener Art.

1. Paramyoclonus multiplex.

1) Böttiger, Zum Wesen der Myoclonie. Paramyoclonus multiplex. Berl. klin. Wochenschr. No. 7. (B. sucht nachzuweisen, dass die von Unverricht unter dem Namen Myoclonie beschriebenen Fälle kein eigenartiges Krankheitsbild darstellen, sondern sich mit dem Bild der Chorea chronica progressiva decken.) — 2) Krewer, Ein Fall von Paramyoclonus multiplex. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. IX. Bd. (Bei einem 19jährigen, früher gesunden Mädchen stellten sich 1889 epileptische Anfälle ein in Zeiträumen von 3 Monaten. Seit 2 Jahren Anfälle auch bei vollem Bewusstsein. Anfangs selten und später häufige Zuckungen in den Armen, Beinen, Rumpf und Gesicht, sowie Zunahme der epileptischen Anfälle. Seit $1\frac{1}{2}$ Jahren durch die Zuckungen Beschwerden beim Sprechen. Status: Schmerzempfindung herabgesetzt, Patellarreflexe gesteigert. Zuckungen im Orbicularis oris und Levator anguli oris, dadurch Störung der Sprache. Fibrilläre Zuckungen der Zunge. Gang unregelmässig, von Muskelzuckungen abhängig. Diese auf beiden Körperhälften gleich, blitzartig, clonisch. An schlechten Tagen gehen mehrere, rasch folgende Zuckungen in eine tonische, 1—2 Secunden dauernde Contraction über, besonders häufig vor und nach den epileptischen Anfällen.) — 3) Stembo, Ein Fall von sogen. Paramyoclonus multiplex mit Zwangserscheinungen. Berl. klin. Wochenschr. No. 44. (Das Eigenthümliche des beschriebenen Falles von Myoclonie ist das Vorhandensein von Zwangserscheinungen in Form einer eigenartigen Coprolalie. In directem Anschluss an misslungene Cohabitationsversuche in der Hochzeitsnacht stellten sich bei einer jungen Frau Krampfparoxysmen bei erhaltenem Bewusstsein ein, die sich bei jedem neuen in dieser Beziehung misslungenen Versuch wiederholten. Zu den Krämpfen gesellte sich ein unüberwindlicher Drang bestimmte Worte auszustossen. Später bestanden die Anfälle auch am Tage. Der ganze Symptomencomplex wird als hysterisch aufgefasst.) — 4) v. Hösslin, Ein Fall von Myoclonie. Heilung durch Arsenikbehandlung. Münch. med. Wochenschr. No. 12. Die erfolgreiche Behandlung bestand in steigenden Dosen von Solutio Fowleri (3mal täglich 2—10 Tropfen).

2. Anderweitige Neurosen.

a) Schreibkrampf.

1) Buchheim, P., Zur Entstehung und Behandlung des Schreibkrampfes. 8. M. 2 Abb. Leipzig. — 2) Colman, An unusual case of writer's cramp. The Lancet. Febr. 15. p. 415.

b) Migräne. Hemicranie.

1) Determann, Casuistischer Beitrag zur Kenntniss der Migräne. Deutsche med. Wochenschr. No. 10 u. 11. — 2) Sciamanna, E., Nevrosi emicrania. Bull. della Soc. La. XVI. (Anschliessend an das vom Verf. auf dem internationalen medicinischen Congress zu Rom 1894 beschriebene und mit dem Namen „nevrosi emicrania" belegte Krankheitsbild berichtet er über zwei weitere Fälle dieser Art und vergleichend über mehrere Fälle von mehr weniger typischer Hemicranie. Um nevrosi emicrania handelt es sich, wenn bei einer für Hemicranie anamnestisch irgendwie belasteten Person, welche nie oder fast nie regelrechte Anfälle typischer Hemicranie gehabt hat, zu verschiedenen, weit auseinander liegenden Lebensabschnitten Anfälle auftreten mit Erscheinungen besonders von Seiten der Sinnesorgane und der Psyche, von längerer Dauer, mit Nachlass und Unterbrechung, begleitet von hemicranischen Symptomen besonders der Augen. Hemicranische Aequivalente kann man solche Anfälle nicht nennen, weil eben eigentliche typische Hemicranie bei solchen Patienten nicht besteht. Es giebt jedoch auch Verbindungsglieder zwischen der gewöhnlichen Hemicranie und der nevrosi emicrania, wenn sich Zustände der beschriebenen Art einstellen, nachdem die gewöhnlichen häufigen typischen Anfälle ausnahmsweise lange Zeit ausgeblieben waren.)

c) Athetose.

1) Wagenburg, Over dubbelzijdige Synkinese. Weekblad van het Nederl. Tijdschr. voor Geneeskunde. No. 15. 10. Oct. — 2) Olszewski, Ueber Athetose. I.-D. Greifswald.

d) Witterungsneurosen. Tremor. Unbestimmte Krämpfe. Dupuytren'sche Contractur. Astasie-Abasie. Eparsalgie.

1) Löwenfeld, Ueber Witterungsneurosen. Münch. med. Wochenschr. No. 5. — 2) Garofalo, A., Intorno ad un caso di tremore. Boll. della Soc. Lancis. XV. 1. (Bei einer hereditär für Neurosen nicht belasteten 63jährigen Bäuerin entwickeln sich allmälig Tremor des Kopfes [von vorne nach hinten und von rechts nach links], sodann Krampf der Nackenmusculatur und schliess-

lich Tremor der oberen Glieder. Die Symptome sistiren im Schlafe. Nach kurzer Würdigung und Ausschluss derjenigen Krankheiten, welche derartige Erscheinungen im Gefolge haben [Multiple Sclerose, Gehirntumoren, Myelitiden, Basedow, Epilepsie, Hysterie u. a.] bleibt die Diagnose: Tremor senilis. Verf. hält diesen Namen für ungeeignet: Man kann in dem betr. Falle von rhythmischem oscillatorischem Tremor sprechen, verbunden mit Nackenkrampf, auf nervöser Basis.) — 3) Jackson, Cases of convulsions of doubtful etiology. Boston Journal. Vol. CXXXIV. No. 14. p. 335. (Im ersten Fall handelt es sich um einen 21jährigen Maler, bei dem die Convulsionen durch Bleivergiftung als eine der Formen der Cephalopathia saturnina hervorgerufen wurden. Der zweite betrifft eine 28jährige Frau. Die Diagnose beruht auf Urämie in Folge Amyloids der Niere; den Anstoss zum Ausbruch der Krankheit gaben Alcoholexcesse. Der dritte ist ein Fall von Delirium tremens bei einem 29jährigen Mann. Obductionsberichte von den beiden letzten Fällen.) — 4) Vespa, Benjamino, Sulla malattia di Dupuytren. Bull. della Soc. La. XVI. (Bericht über 2 Fälle von Dupuytren'scher Fingercontractur. Da hier die Anamnese einen traumatischen Insult, eine Gewerbekrankheit ausschliesst, sowie andere Krankheiten, welche mit der Dupuytren'schen Krankheit in Zusammenhang gebracht werden, fehlen, so ist anzunehmen, dass es sich in den beiden Fällen um eine Störung nervösen Ursprungs handelt, gemäss der Ansicht neuerer Autoren. Testi und Bigansky fanden Degeneration der Zellen der Vorderhörner, Gliomatose besonders um den Centralcanal, Vermehrung der Neuroglia im Goll'schen Strang. Electrotherapie ist zu empfehlen.

[Petrén, Karl, Einige Fälle von Astasie-Abasie. Hygiea. LVIII. 11. p. 515—547.

1. 28jähriges, unverheirathetes Weib. In ihrem 15. Jahre bekam sie einen Natterbiss in ihrer rechten Wade; nach 3 Monaten Schmerzen in den unteren Extremitäten, zuerst in der rechten. Sodann Scharlachfieber mit nachfolgender plötzlicher Lähmung der Beine. Sie kann weder stehen noch gehen, aber in liegender und sitzender Position kann sie alle Bewegungen mit den unteren Extremitäten ausführen; von diesen ist die rechte kräftiger als die linke. Drucksinn herabgesetzt an den beiden Armen. Schmerzsinn vermindert am linken Arme und Beine. Patientin klagt über eine Menge nervöser Symptome, welche lebhaft geschildert werden. Nach 2 Jahren konnte sie ganz gut an Krücken gehen. Diesen Fall zählt P. zur choreaähnelnden Form.

2. 22jähriges, unverheirathetes Weib begann ziemlich plötzlich zuerst an Schwindel, sodann auch an unsicherem, schwankenden Gang zu leiden. Zunahme dieser Symptome. Nach 2 Monaten Paralyse und Anästhesie der Beine und sodann Verschlechterung des Bewegungsvermögens der Arme. Sitzend und liegend kann Patientin alle Bewegungen mit den unteren Extremitäten sehr kräftig ausführen, aber sie kann garnicht stehen noch gehen. Wenn man sie zu Gehversuchen auffordert, schlendert sie den Stamm und die Beine unregelmässig hin und her, mit grossen ungestümen Bewegungen. Die Bewegungen der Hände und der Finger sind deutlich atactisch und sie kann gar keine Arbeit mit den oberen Extremitäten ausführen. Wenn das Gesicht in Ruhe sich befindet, ist der rechte Mundwinkel weiter nach der Seite wie der linke gezogen; diesen kann die Patientin nicht freiwillig nach der Seite ziehen. Das linke Auge kann sie nicht zumachen. Der Drucksinn an der Haut ringsum das linke Auge zeigt eine sehr bedeutende Herabsetzung. Deutliche Contractur des Musc. rect. int. sin., Anästhesie der Conjunctiva bulbi sin. Bedeutende concentrische Beschränkung des Sehfeldes im linken Auge. Lesen kann sie nicht mehr, denn die Buchstaben fliessen zusammen. Bedeutende Herabsetzung des Gehörs am linken Ohre. Die Sprache langsam und stotternd sowie undeutlich (Hysterie). Sichtliche Verbesserung zufolge Brunnentrinkens, Bäder, Electricität und allgemeiner suggestiver Einwirkung sowie methodischer Gehübungen. Diesen Fall bezeichnet Verf. als choreaähnelnde Abasie.

3. 47jähriges, unverheirathetes Weib. Klagt viel über Kopfschmerzen, Schwindel, unruhigen Schlaf. Verstopfung und Diarrhoe abwechselnd. Sie leidet oft, besonders bei Kälte, an toxischen Krämpfen. Lähmung der rechten Schulter, aber nach kräftigen Aufforderungen hebt sie selbstständig den Arm empor, wenn auch langsam, zu verticaler Stellung. Vollständige Ankylose des linken Tibiotarsalgelenkes sowie colossale Hautnarben über der Tibia (Syphilis). Herabsetzung des Schmerzsinnes am linken Beine. An Krücken kann sie ein wenig gehen, aber seit mehreren Jahren ist sie ganz unbefähigt, ohne solche zu treten. Merkbare Verbesserung. Laut P. ist der Fall eine rein paralytische Abasie, mit hysterischem Stigma verbunden. Patientin zeigte bedeutende Empfänglichkeit für Suggestion in wachem Zustande.

4. 69jähriger Kirchendiener. Ganz plötzlich konnte er die Beine nicht heben und spürte Schwierigkeiten zu gehen; später entstand Schwäche im rechten Arme. Bei Gehversuchen Schmerzen in der linken Hüfte. Deutliche Herabsetzung sowohl der intellectuellen Wirksamkeit wie des Gedächtnisses. Schmerzsinn zu empfindlich (geringer Grad von Hyperästhesie). Liegend kann Patient befriedigender Weise alle Bewegungen mit den unteren Extremitäten ausführen. Die grobe Kraft dieser ist normal. Wenn der Kranke steht und wird gebeten, zu gehen, steht er sehr lange zögernd und zaudernd, als wenn er nicht in Gang kommen könne; nimmt darunter eine vornübergebeugte Stellung ein. Sodann fängt er an, Beugungen in Knie- und Hüftgelenken auszuführen, abwechselnd in den beiden Beinen und rhytmisch, als wenn er einen Schritt thun wollte, aber diese Beugungen sind von einer heftigen Streckung der Beine unterbrochen, fast gleich nachdem er mit dem Heben der Ferse vom Boden fertig geworden ist und während die Fussspitze in Berührung mit diesem noch stehen bleibt. Hierbei stösst der Hacken mit einem deutlich klatschenden Schalle gegen den Fussboden an. Auf solche Weise führt er einen Marsch an Ort und Stelle aus. Die Dauerhaftigkeit des Marsches kann bei verschiedenen Gelegenheiten sehr viel wechseln. Nach einer kürzeren oder längeren Weile kommt jedoch der Patient in Bewegung vorwärts. Hierbei behalten die Bewegungen der Beine denselben Typus: die Schritte bleiben kurz, gleichwie rudimentär, werden in ihrem Anfange von den genannten Streckungen unterbrochen, aber Dank der vornübergebeugten Stellung des Kranken können die Füsse ein Stück vorwärts geführt werden, wobei die Fussspitzen die ganze Zeit längs des Fussbodens nachgeschleppt werden. Nachdem er in dieser Weise eine Zeit lang gegangen ist, geht er beinahe normal, was sogleich eintritt, wenn er einen tüchtigen Stoss in den Rücken bekommt. Es ist dem Kranken sehr schwer, sich umzukehren. Diesen Fall betrachtet P. als trepidante Abasie.

In Betreff des Wesens der Krankheit scheint es dem Verf. aus angeführten Gründen hervorzugehen, dass eine anatomische Veränderung innerhalb des Rückenmarkes als Ursache des Krankheitsbildes der Abasie bestimmt ausgeschlossen werden kann, und dass eine solche innerhalb des Gehirns als unwahrscheinlich betrachtet werden kann, wesshalb die Abasie als eine sogen. dynamische Krankheit aufgefasst werden muss; weiter, weil das Gehen aller Wahrscheinlichkeit nach eine Function des Gehirns ist, dass die Abasie auf eine Störung innerhalb dieses Organes ankommt, sowie dass diese Störung psychischer Art ist, umsomehr als

die motorische Störung deutlich systematisch, zu einem gewissen System von Bewegungen beschränkt ist. Verf. führt einen Fall als Beispiel einer systematischen Paralysie — Gegensatz zur Abasie — an. Gegenwärtig scheint dem Verf. keine andere Auffassung berechtigt zu sein, als die Abasie als eine Aeusserung der Hysterie zu betrachten, d. h. die Ursache der Abasie muss in dem Theile des Seelenlebens, welcher in keiner Verbindung mit dem Bewusstsein ist, gesucht werden, oder mit anderen Worten in der mangelnden Herrschaft des bewussten Theiles des Seelenlebens über die psychischen Processe. **A. Fr. Eklund** (Stockholm).

Sterling, S., Ueber Eparsalgie. Medycyna. No. 43—45.

Unter „Eparsalgie" versteht Verf. jenen Krankheitszustand, welcher nach einmaliger übermässiger Anstrengung, namentlich nach Heben schwerer Lasten entsteht. Es ist selbstverständlich, dass das durch ein und dieselbe Noxe in verschiedenen Fällen hervorgerufene Krankheitsbild ein verschiedenes sein wird, je nachdem äussere Organe, namentlich die Muskeln, oder aber innere lädirt werden. Verf. entwirft ein ziemlich genaues Bild der verschiedenen durch übermässige einmalige physische Anstrengung verursachten Leiden, ohne jedoch diesbezüglich wesentlich Neues zu bringen. **Trzebicky** (Krakau).]

Krankheiten des Nervensystems.

II.

Krankheiten des Gehirns und seiner Häute

bearbeitet von

Prof. Dr. KÖPPEN in Berlin.

I. Allgemeines. Beiträge verschiedenen Inhalts.

(Vergl. I. Anatomie, Histologie, Physiologie.)

1) Bresler, Zur associirten Deviation der Augen und des Kopfes. Neurol. Centr.-Bl. XV. 5. — 2) Hoesslin, Rud. v., Ueber die Ursachen der multiplen Gehirnnervenlähmung. Münch. med. Wochenschr. No. 20. 19. Mai. — 3) Kalischer, S., Ueber Poliencephalomyelitis und Muskelermüdbarkeit (Myasthenia). Zeitschr. f. klin. Med. XXXI. 1 u. 2. S. 93. — 4) Körner, Otto, Die otit. Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter. Mit einem Vorwort von Ernst von Bergmann. 2. Aufl. Frankfurt a. M. Gr. 8. V. und 172 Ss. — 5) Cox, Robert, A new method of localising brain-lesions. Dubl. Journ. CII. p. 160, 287. Aug., Oct. — 6) Delore, Xavier, Actinomycose cérébro-spinale; méningite suppurée. Gaz. hebdom. XLIII. 42. — 7) Lapinsky, Michael, Zur Frage über den Zustand d. kleinen Capillaren der Gehirnrinde bei Arteriosclerose d. gr. Gefässe. Neurol. Centr.-Bl. XV. 19. — 8) Swasey, Edward, Brain complications of ear disease. Boston med. and surg. Journ. CXXXIV. 15. p. 357. April. — 9) Treitel, Ueber Hirnerkrankungen nach Naseneiterungen. Berl. klin. Wochenschr. XXXIII. 51. S. 1139. — 10) Dreifuss, R., Die Krankheiten des Gehirns und seiner Adnexa im Gefolge von Naseneiterungen. Jena. Gr. 8. 104 Ss. — 11) Galatti, Demetrio, Ein Fall von Oedem d. Haut u. d. Gehirns. Wien. med. Wochenschr. XLVI. 15. — 12) Siegenbeck van Heukelom, Over de encephalocele. Nederl. Weekbl. II. 11. — 13) Gallois, Tuberculose cérébrale chez un enfant de 6 mois. Lyon méd. LXXXI. p. 372. Mars. — 14) Geronzi, G., Emiplegia facciale d'origine otitika. Bull. de la Soc. Lancis. XV. 2. p. 41. — 15) Goldstein, L., Beiträge zur Physiologie, Pathologie u. Chirurgie des Grosshirns. Schmidt's Jahrb. CCLIII. pp. 90, 201. — 16) Henschen, Salomon Eberhard, Klin. u. anatom. Beiträge zur Pathologie des Gehirns. III. Theil. 2. Hälfte. Fol. S. 115—245 mit 13 Tafeln. — 17) Derselbe, Behandlungen der Erkrankungen des Gehirns u. seiner Häute. Nach Vf.'s Manuscript aus d. Schwed. übersetzt von Walter Berger. Handb. der spec. Ther. innerer Krankh. V. 2. Jena. Gr. 8. S. 785—976. — 18) Osler, William, The cerebral complications of Raynaud's disease. Amer. Journ. CXII. 5. p. 522. Nov. — 19) Pándi, Koloman, Halbseitiges Gesichtsschwitzen b. centraler Facialislähmung. Wien. klin. Wochenschr. IX. 32. — 20) Poli, Camillo, Ascessi cerebrali da processi otitici; diagnosi e cura. Gazz. degli Osped. XVII. 74.

— 21) Poolee, Thomas R., On the value of the ophthalmoscope as an aid to the diagnosis of cerebral disease in purulent affections of the middle ear. New-York med. Record. L. 7. p. 225. Aug. — 22) Ring, G. Oram, A case of acute Lead-Encephalopathy with interesting Ocular Manifestations. Americ. Journ. Febr. — 23) Lépine, R., a) Abcès tuberculeux du cerveau; épilepsie jacksonnienne. — b) Hémorrhagie cérébrale avec élévation insolite de la température. — c) Paralysie glossolabiée cérébrale. — d) Maladie de Friedreich avec propulsion. Revue de Méd. XV. 4. pp. 259. 260. 263. 271. — 24) Siebenmann, F., Ueber die centrale Hörbahn u. über ihre Schädigung durch Geschwülste des Mittelhirns, speciell d. Vierhügelgegend u. d. Haube. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXIX. p. 28. — 25) Nichols, F. P., Hemiplegia and enteric fever. Brit. med. Journ. Aug. 29. p. 506. — 26) Poulsen, Kr., Ueber cerebrale Erkrankungen b. d. Otitis media. Arch. f. klin. Chir. LII. 2. p. 415. — 27) Massaut, H., Experimentaluntersuchungen über den Verlauf der den Pupillarreflex vermittelnden Fasern. Arch. f. Psychiatrie. Bd. XXVIII. Heft 2. — 28) Weissgerber, K., Ueber 2 Fälle von operativ behandelter Rindenepilepsie. Münch. med. Wochenschr. XLIII. 16. — 29) Woodward, Samuel B., Two cases of central brain disease with autopsies. Boston medical and surgical journal. Vol. 134. No. 23. (Fall 1. Neurogliom des Corpus striatum mit plötzlicher Hemiplegie. Besserung durch Trepanation. Tod 2 Jahre später. Fall 2. Erweichung des Thalamus opticus nach wiederholten Capillarhaemorrhagien.)

Massaut (27) führte die Operation an 15 Kaninchen aus, von denen einige wenige Tage, die anderen 10 Wochen, einige ausgewachsen waren.

Zur Erzielung einer vollständigen Iridectomie sind mehrere Operationen (4—6) erforderlich. Die Gehirne von 7, unter ihnen das mit Enucleation des Bulbus, sind nach der Marchi'schen Methode, die 4 anderen nach der Methode von Nissl untersucht worden. Die Marchi'sche Methode wurde angewendet, weil sie nach des Verfassers Ansicht jeder anderen überlegen ist, wenn es gilt, verhältnissmässig geringe Veränderungen an den Nervenfasern zu eruiren. Es wurden degenerirte Fasern im Opticus gefunden, die Verfasser für diejenigen hält, welche die Lichterregungen übertragen, durch welche die Zusammenziehung der Iris erzeugt wird. Diese Pupillenfasern kreuzen sich und man findet die gekreuzten wieder in dem Tractus opticus der entgegengesetzten Seite. Die Pupillenfasern verlassen den Tractus nicht hinter dem Chiasma, um in das centrale Höhlengrau des III. Ventrikels weiterzuziehen, wie Bechterew annimmt. Sie setzen, vermischt mit den Sehfasern, ihren Weg im Tractus opticus fort, verlassen denselben auch nicht in der Höhe des äusseren Kniehöckers, wie Darkschewitsch glaubt, um sich in Bündeln durch den Thalamus hindurch gegen die Zirbeldrüse und die hintere Commissur zu richten, ziehen vielmehr mit den anderen Fasern des Sehnerven zum inneren Theil des Stratum zonale und zu der oberen weissen Schicht der vorderen Vierhügel.

Man findet entartete Fasern zuerst wieder in dem unteren Theil der hinteren Commissur. Weiter lassen sich degenerirte Fasern dort nachweisen, wo Fasern aus der hinteren Commissur nach unten strahlen.

Verfasser glaubt also sicher sagen zu können, dass die Pupillenfasern nach ihrer Ankunft im Stratum zonale durch den unteren Abschnitt der hinteren Commissur und durch den inneren Theil der ventral ausstrahlenden Fasern ihren Weg nehmen, um sich in den Kern des Oculomotorius zu begeben. Alle Fasern nehmen aber nicht diesen Verlauf.

Die Fasern der tiefen weissen Schicht der vorhandenen Vierhügel besonders in dem vorderen Theil derselben enthalten Pupillenfasern, namentlich diejenigen von der oberen weissen Schicht der Vierhügel.

Verfasser kann nicht direct erweisen, dass der Tractus peduncularis Pupillenfasern enthält, hält es aber für sehr wahrscheinlich.

Nach seinen Beobachtungen vermag er nicht anzugeben, in welchen Theil des Oculomotoriuskerns die Pupillenfasern sich begeben. Bei allen Beobachtungen, sowohl mit der Marchi'schen Methode, als auch mit der von Nissl wurde die Integrität des Ganglion habenulae constatirt. Es darf mit Recht geschlossen werden, dass dieses nicht das Centrum der Irisbewegungen darstellt.

In allen Beobachtungen mit der Nissl'schen Methode wurde der Gudden'sche Kern unverletzt gefunden.

Die sehr differenten Resultate der Autopsien scheinen dafür zu sprechen, dass der Zug der Fasern auch beim Menschen nicht einfach ist, sondern mehrere Verzweigungen enthält.

II. Cerebrale Functionsstörungen.

1. Lähmungen und Bewegungsstörungen.

1) Bastian, Charlton, Epileptic hemiplegia, very numerous fits of Jacksonian type; recovery. Lancet. Febr. 29. p. 549. — 2) Matavosovsky, S., Ueber hemiplegische Muskelatrophie. Ungar. med. Presse. Bd. I. No. 10. — 3) Mettenheimer, C., Hemichoreaähnliche Motilitätsstörung bei einer Hemiplegischen. Memorabilien. Bd. XL. No. 1. S. 1. — 4) Munk, Hermann, Ueber die Contracturen nach Grosshirnerkrankungen. Arch. f. Anat. u. Physiol. (Physiol. Abth.) No. 5 u. 6. S. 564. 1895. — 5) Pineles, Friedrich, Ueber gleichseitige Hemiplegie. Wien. klin. Rundschau. Bd. X. No. 8. 9. — 6) Steven, Lindsay, Case of spastic hemiplegia with great contracture following enteric fever. Glasgow med. Journ. Bd. XLVI. No. 4. p. 301. Oct. — 7) Starlinger, Ueber die Hemiplegie im Anschlusse an den paralytischen Anfall. Wien. klin. Wochenschr. No. 5.

Die Untersuchung nach Marchi ergab nun im ganzen Bereiche der rechtsseitigen Centralwindungen massenhafte Degeneration der Projections- und Associations-Fasern. In den übrigen Windungen waren Degenerationen nur vereinzelt zu finden. Von der Degeneration der Centralwindung strahlte ein Theil in das Corpus callosum, der grössere Theil jedoch in den Thalamus opticus ein und ein weiterer Theil liess sich abwärts durch das mittlere Drittel des hinteren Schenkels der Capsul. int. dext., den mittleren Theil des gleichseitigen Pes pedunculi, durch Brücke und Medulla, Kreuzung und contralateralen Seitenstrang als ab-

steigende Degeneration der Pyramidenbahn deutlich verfolgen.

[Köster, H., Ein Fall von Diplegia spastica cerebralis. Goeteborgs läkaresälskaps förhandlingar. 1895. p. 58—61.

13jähr. Mädchen, wurde reif geboren, ope natura, aber asphyctisch und blieb immer schwächlich. Der Kopf war in den 2—3 ersten Lebensjahren ungewöhnlich gross. Erst in ihrem 4. Jahre fing sie an zu gehen, ging aber schlecht, mit den ungewöhnlich kleinen Füssen nach innen und steifen unteren Extremitäten. Sie war wie lahm in irgend einem Körpertheile, hat niemals an Krämpfen od. Convulsionen gelitten, ist nie einem Trauma am Kopfe ausgesetzt gewesen. Die gegenwärtige Krankheit ist congenital laut der Angabe der Mutter. Die intellectuelle Entwicklung ist normal gewesen, sie lernte sprechen in gewöhnlicher Zeit, aber in physischer Beziehung ist sie schwach entwickelt, mager und bleich. Die augenfälligen Symptome sind unfreiwillige Muskelzuckungen in Fingern, Zehen und um den Mund, sowie der spastische Gang. Sie geht mit steifen geraden Beinen, der Körper wird stark vornübergebeugt gehalten, flectirt in den Hüftgelenken, die Füsse sind adducirt. Die Bewegungen sind steif, unsichre, das Gleichgewicht jedoch gut, der Gang ist nicht schlingernd, nicht atactisch. Im Allgemeinen werden die Füsse vergleichungsweise wenig vom Boden erhoben. Der Fuss wird in gewöhnlicher Weise beim Schrittmachen mit der Ferse zuerst niedergesetzt, aber während die Kranke beim Schrittnehmen den Fuss schnell vorrückt, dauert es lange, ehe das Körpergewicht auf denselben übertragen wird; dabei werden die Zehen am linken Fusse stets stark flectirt und adducirt gehalten. Sie kann jedoch dazu gebracht werden mit den Füssen auseinander gespreizt zu gehen, aber alsdann ist der Gang sehr unsicher. Sie geht sehr leicht Treppen hinauf und hinab, dagegen ist es ihr schwierig von horizontaler Rückenlage sich aufzusetzen. Weder Ataxie, noch Paresen. Die Muskelkraft ist gleich an den beiden Körperhälften und scheint nicht wesentlich herabgesetzt zu sein. Bisweilen gelinde Rigidität. Keine Zwangslage. Patellarreflexe sind deutlich verstärkt an beiden Beinen. Exquisit athetotische Bewegungen in den Zehen und besonders in den Fingern, am meisten der linken Hand. Bei intendirten Bewegungen, krampfhaft hyperextendirte Stellung der Finger mit dem Handgelenke etwas flectirt. Keine Mitbewegungen. Wenn ruhig, schreibt sie ganz gut. Sphincter oris geräth leicht in tonische Contraction, wenn sie spricht oder mimische Bewegungen ausführt. Die Sprache ist undeutlich, etwas nasal. Einige Vocale (u, e und a), sowie die Consonanten b, p, d, t werden nur mit Schwierigkeit phonirt. Keine Parese des Gaumens. Der Kopf = 49 cm im Umkreis, aber symmetrisch. Die Intelligenz gut.

A. Fr. Eklund (Stockholm).]

2. Sensibilitätsstörungen.

1) Köppen, M., a) Hemianopsie, besonders in Beziehung zu Sensibilitätsstörungen. Berl. klin. Wochenschr. No. 19. — 2) Schirmann, A., A case of absolute loss of smell and taste. Medical record. March. 14. (29jährigen Mann, der eine Kopfverletzung erlitten hat, bekam danach einen Verlust des Geschmacks und Geruchs. Verf. nimmt eine Affection des Gyrus hippocampus als centrale Endstätte der Olfactorius und des Glossopharyngeus an).

3. Aphasie.

1) Mackuen, G. Hudson, Speech defects. Therap. Gaz. 3. S. XII. 12. p. 793. Dec. — 2) Broadbent, Bart., Note on Dr. Hinschelwood's Communication on Word-Blindness and Visual Memory. Lancet. Jan. 4. — 3) Cameron, Hector C., Notes on a case of traumatic aphasia. Glasgow med. Journ. XLVI. 2. p. 126. Aug. — 4) Eskridge, J. T., Mind and word deafness after depressed fracture of the skull with subcortical Hemorrhage — operation; complete recovery. Amer. med. News. No. 25. 20. Juni. — 5) Derselbe, Speech defect as localizing symptoms. Ibidem. LXIX. 12. p. 309. Sept. — 6) Eskridge, J. T. and Clayton Parkhill, Motor and sensory Aphasia of seven years' duration, due to probable Thrombosis followed by Angioma; operation; relief of pain; slight improvement in speech. Ibid. Septbr. 5. — 7) Gombault, A. et Cl. Philippe, Contribution à l'étude des aphasies. Arch. de Méd. expérim. VIII. 3. p. 371. Mai. — 8) Hivier, H., Alexia subcorticalis (Wernicke). Petersb. med. Wochenschr. N. F. XIII. 24. 25. 26. — 9) Hofmann v. Wellenhof, C., Beitrag zur Kenntniss der tuberculösen Meningitis „en plaques" bei Erwachsenen. Wien. med. Blätter. No. 25. — 10) Lochte, Beitrag zur Kenntniss des Vorkommens und der Bedeutung der Spiegelschrift. Arch. f. Psychiatr. XXVIII. 2. S. 379. — 11) Rattray, J. M., A case of word blindness, the result of diseased cerebral vessels. Brit. Med. Journ. Dec. 5. — 12) Tildesley, J. P., Remarks on 2 cases of acute bulbar paralysis. Lancet. II. 21. Nov. 23. — 13) Gutzmann, Hermann, Ueber Sprachstörungen in der Pubertätsentwickelung. Arch. f. Kinderhkde. XIX. 5 u. 6. S. 326. — 14) Haig, Alexander, Further observations on the excretion of uric acid in epilepsy and the effects of diet and drugs on the fits. Brain. XIX. p. 68. Spring. — 15) Grasset et Vedel, Des diverses variétés cliniques d'Aphasia. Montpell. méd. 7. 8. 9. — 16) Gutzmann, H., Heilungsversuche bei centromotorischer und centrosensorischer Aphasie. Arch. f. Psychiatrie. Bd. XXVIII. Heft 2. — 17) Ziel, Franz, Ueber einen Fall von Worttaubheit und das Lichtheim'sche Krankheitsbild der subcorticalen sensorischen Aphasie. Zeitschr. f. Nervenh. VIII. — 18) Morgan, W. Pringle, A case of congenital word blindness. Brit. Med. Journ. Nov. 7. — 19) Mirallié, Ch., De l'aphasie; ses diverses formes; physiologie psychologique du langage. Gaz. des Hôp. 99. 105. — 20) Onuf, B., A study of aphasia. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 12. p. 800. Dec. — 21) Pick, A., Neue Beiträge zur Pathologie der Sprache. Arch. f. Psych. XXVIII. 1. p. 1. — 22) Hinshelwood, James, Case of dyslexia, a peculiar form of word-blindness. Glasgow Journ. XLVI. 5. p. 376. Nov. Lancet. Nov. 21. — 23) Müller, Ueber eine eigenthümliche Form centraler Hörsstörung. Berliner klin. Wochenschr. No. 34.

Die localisirte aphasische Störung stammte nach Eskridge (4) von einer traumatischen Kopfverletzung her, durch welche eine Knochendepression entstanden war.

Bei der Operation wurde die Dura aussen mit Exsudat gefunden. Beim Einschneiden in die Gehirnsub-

stanz wurde geronnenes Blut und zerstörte Gehirnsubstanz gefunden.

Es trat nach dieser Operation eine wesentliche Besserung ein.

Der Patient sprach während des Deliriums fortwährend in „bohemian" Sprache, während er in seiner klareren Zeit die englische Sprache gebrauchte, welche er erst seit seinem 13. Lebensjahr erlernt hatte.

Grasset und Vedel (15) unterscheiden:

„Aphasies corticales", „aphasies sous-corticales", „aphasies sus-corticales", „aphasies trans-corticales".

Aphasies corticales: 1. motorische Aphasie — Zerstörung der Broca'schen Windung —; 2. Agraphie — Zerstörung des Fusses der zweiten Frontalwindung —; 3. „cécité verbale"; 4. „surdité verbale".

„Aphasies sous-corticales" zerfallen ebenfalls in 4 Classen, je nachdem das Wort, die Schrift, das Gesicht oder das Gehör ergriffen sind.

„Aphasies sus-corticales": 1. „idéomotrice pour la parole"; 2. „agraphie sus-corticale"; 3. „aphasie idéo-sensorielle visuelle"; 4. „aphasie idéo-sensorielle auditive".

In allen diesen Aphasien sind die automatischen Centren vollständig erhalten.

„Aphasies trans-corticales"; 1. „aphasie trans-corticale sensitivo-motrice visuelle"; 2. „aphasie trans-corticale sensitivo-motrice auditive-"; 3. „aphasie trans-corticale sensitivo-graphique visuelle"; 4. „aphasie trans-corticale sensitivo-graphique auditive." Man kann noch 2 andere Formen dazu nehmen: „aphasie trans-corticales sensitivo-sensorielle" und „aphasie trans-corticale moto-motrice".

Bei der Behandlung der centromotorischen Aphasie muss man nach Gutzmann (16) von den Elementen der Sprache ausgehen und die einzelnen Laute systematisch einüben. Die leichtesten Laute müssen zuerst genommen werden. Dies sind die Laute des ersten Articulationssystems, die mit den Lippen und den oberen Zahnreihen gebildet werden. Die einzelnen Vocalstellungen werden deutlich eingeübt. Die Patienten müssen auf den Mund des Vorsprechenden achten und dabei zur Selbstcontrolle den Spiegel zu Hülfe nehmen. In fast allen Fällen motorischer Aphasie ist das Gedächtniss für die neuerworbenen Lautbewegungen ein recht schwaches. Mit der motorischen Aphasie scheint meist eine recht beträchtliche partielle Gedächtnissstörung vorhanden zu sein. Mit den Articulationsübungen verbindet Verf. Schreibübungen mit der linken Hand. Durch die gleichzeitigen Schreibübungen wird das Gedächtniss für die Lautfolge durch das Auge unterstützt. Ferner ist eine Uebung in der Anschauung oder vielmehr der Verknüpfung von Anschauung und Wortbewegung vorzunehmen. Der Kranke mit motorischer Aphasie vermag schliesslich ein Wort ganz gut nachzusprechen. Fordert man ihn aber auf den gezeigten Gegenstand zu benennen, so ist er dazu nicht im Stande, er vermag wohl durch Hören und Sehen der Sprachthätigkeit des Vorsprechers seine eigene Sprachthätigkeit in Gang zu setzen, nicht aber durch die blosse Anschauung des zu benennenden Gegenstandes. Verf. benutzt dazu Täfelchen, die für den Unterricht taubstummer Kinder zur Gewinnung der Verknüpfung von Wort und Anschauung in Gebrauch sind.

Bei der Behandlung einer centrosensorischen Aphasie wurden Dictate gemacht. Der Kranke musste dann die dictirte Geschichte von selbst wiedergeben. Auffallend waren die Ermüdungserscheinungen und das zwangsartige Wiederkehren einzelner Worte. Patient musste dann den Sprechenden scharf in's Gesicht sehen. Zur Uebung in der verloren gegangenen Syntax der Sätze machte der Verf. das in der Schule geübte Verfahren, das im Wesentlichen die Redaction der Sätze den Kindern zur Uebung bringt. Namentlich wurde der Kranke auch geübt, durch das Auge das Gesprochene zu erfassen.

Verf. betont, dass auch das Kind durch das Auge die Sprache auffassen lernt. Blindgeborene Kinder lernen im Allgemeinen später sprechen, als normale. Der Patient muss die characteristische äussere Stellung jedes einzelnen Consonanten kennen lernen, und muss dies lernen, indem er nicht nur das Gesicht von vorn ansieht, sondern auch von der Seite des zu ihm Sprechenden. Es ist möglich, auch bei verdecktem Munde eine grosse Anzahl von Worten abzulesen, indem man nur die Bewegungen der Wangenhaut richtig deutet. Bei den Uebungen wurde auch die phonetische Schrift als Uebungsmittel angewendet, die Verf. auch bei dem Unterricht der Schwerhörigen anwendet. Bei beiden centrosensorischen Aphasien zeigte sich, dass manchmal auf das Vorsprechen von einem Collectivnamen irgend eine einzelne Bezeichnung gebraucht wurde. In beiden Fällen war das Perceptionscentrum nicht völlig gestört, es genügte der Rest der Functionsthätigkeit der Perception durch das Ohr in Verbindung mit der gewonnenen Absehbarkeit vollkommen, um alles Gesprochene zu verstehen.

(17) Bei einem 75jährigen Manne entsteht plötzlich und ohne apoplectischen Insult, nur mit momentaner leichter Verwirrung (nimmt die Cigarre verkehrt in den Mund), ein gänzlicher Verlust des Verständnisses für Sprache und Musik bei völligem Erhaltenbleiben des Gehörvermögens für Geräusche und Töne. Irgend welche Intelligenz- oder Gedächtnissstörungen sind nicht vorhanden. Die freie Rede zeigt paraphasische Störungen. Patient kann auch die einfachsten Worte nicht nachsprechen, d. h. er erkennt sogar die Klangfarben der Sprache und der Instrumente, auch erkennt er einzelne ihm vorgesprochene Buchstaben, doch müssen die Consonanten stumm als Geräusche gesprochen werden. Geschriebenes und Gedrucktes versteht er richtig. Die Fähigkeit zu schreiben ist erhalten. Dictatschreiben ist unmöglich. Beim lauten Lesen ist die Paraphasie auffallend geringer, er liest jedoch sehr langsam und bedächtig. Vorgezeigte Gegenstände werden richtig bezeichnet, nur sind mitunter Silben oder Buchstaben darin verkehrt.

Verf. nimmt an, dass ein Blutungsherd vorgelegen hat.

Nach Lichtheim's Darstellung hätte die Läsion im weissen Marklager des linken Schläfenlappens, dort wo beide Acustici in denselben einstrahlen, sitzen müssen.

Verf. kommt schliesslich nach einer eingehenden Betrachtung der Literatur zu dem Resultat, dass das von L. angenommene Krankheitsbild der subcorticalen Aphasie in Wirklichkeit existirt und mit einigen Abänderungen, die aber das Princip der Sache nicht treffen, auch so gedeutet werden muss, wie Lichtheim es gethan hat.

(22) Influenzaanfall. Las die ersten Worte ganz correct, dann konnte er nicht weiter, obwohl er die Buchstaben ganz deutlich sehen konnte. Es fehlte jegliche Abschwächung des Sehvermögens. Er wusste nicht mehr, wie er seine Arbeit beginnen sollte, nähte falsche Stücke zusammen und konnte sich nicht mehr orientiren in der Zusammensetzung des anzufertigenden Kleidungsstückes, fand seine Sachen nicht, die er weggelegt hatte, verlor den Weg auf Gängen in der Stadt. Nach absoluter Entziehung von Alcohol trat bedeutende Besserung ein.

Es fehlte also das Sehgedächtniss und es war an eine Erkrankung des Gyrus angularis und supramarginalis zu denken.

Müller (23) berichtet über einen Fall von plötzlich eingetretenem Verlust des centralen Hörens, d. h. es wurde gehört aber nicht verstanden. Erst als einfache Fragen in übertrieben langsamer und scandirender Weise ausgesprochen wurden, gab Patientin durch ihre Antworten zu erkennen, dass sie verstanden, oder wie sie sich ausdrückte, „gehört" hätte, doch machten ihr seltenere, weniger gebräuchliche Worte auch dann noch Schwierigkeiten. Sie wiederholte die an sie gestellten Fragen häufig. Beim Lesen wurde eine leichte literale Paraphasie beobachtet.

Wahrscheinlich handelt es sich um einen Zustand vorübergehender Functionsherabsetzung im linken Schläfenlappen.

4. Sehstörungen.

1) Coggin, David, Some cases of hemianopsia, one of which was monocular. Boston Journ. CXXXV. 26. p. 645. Dec. — 2) Dobbecke, J. L., Glaucoma cerebri. Feestb. d. Nederl. Ver. voor Psych. blz. 265. — 3) Lannois et Jabouley, L'hémianopsie dans les abcès cérébraux. Revue de Méd. XVI. 8. p. 659. Gaz. de Par. 37. — 4) Oliver, Charles A., A brief study of the ophthalmic conditions in a case of cerebellar tumor; autopsy. Univers. med. May. IX. 1. p. 26. Oct. — 5) Peters, A., Ueber die Beziehungen zwischen Orientirungsstörungen und ein- und doppelseitiger Hemianopsie. Arch. f. Augenheilkunde. XXXII. 3. S. 175. — 6) Rossolimo, G., Ueber Hemianopsie und einseitige Ophthalmoplegie musculären Ursprungs. Neurol. Centralbl. XV. 14. — 7) Schirmer, Philipp, Subjective Lichtempfindung bei totalem Verlust des Sehvermögens durch Zerstörung der Rinde beider Hinterhauptslappen. Inaug.-Diss. Marburg. 1895. 8. 15 Ss. Mit 2 Taf. — 8) Wilbrand, Hermann, Ueber die Gesichtsfeldmessung am Dunkelperimeter. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. I. 1. S. 41.

[Brünniche, Einar, Ueber apoplexieartig eintretende Blindheit sowie über Seelenblindheit. Hospitalstidende. No. 51. 52.

An der Nervenabtheilung des Communehospitals zu Kopenhagen sind folgende 3 nur ganz kurz wiedergegebene Krankengeschichten beobachtet worden. Bei allen dreien handelt es sich um totale Blindheit cerebralen Ursprungs (doppelseitige Hemianopsie), die bei zweien der Fälle noch ausserdem mit unzweifelhafter Seelenblindheit combinirt war.

I. 56jähr. Mann. Kam in das Spital am 19. Juni 1896. Der Patient, der wohl ein bewegtes Leben geführt, aber doch nicht an Syphilis gelitten hat, leidet seit 10 Jahren an asthmatischen Anfällen. Eine Harnuntersuchung, die vor einem Jahre gemacht wurde, ergab Albuminurie. Am 26. April 1894 bekam er einen apoplectischen Anfall mit completer linksseitiger Hemiplegie, die sich später nur in Bezug auf das Bein ein wenig besserte. Die letzten Jahre war das Sehvermögen am linken Auge etwas geschwächt. Am 17. Juni 1896 bekam er einen 1 Stunde andauernden Anfall von clonischen Zuckungen in der rechten Gesichtshälfte und der rechten Hand; gleichzeitig konnte er die Dinge, die er wünschte, nicht beim Namen nennen, aber er konnte nachsagen, wenn sie ihm genannt wurden, erkannte auch seine Umgebung. Die darauffolgende Nacht und den nächsten Tag Unruhe und Unklarheit. Am nächsten Tag bemerkte die Familie, dass er nicht sehen konnte. Tags darauf kam er in das Spital. Temp. 39,2. Vollständig unklar. Freie Beweglichkeit der rechtsseitigen Extremitäten. Unfreiwilliger Harnabgang. Vollständige Blindheit, er reagirte nicht, wenn ihm ein angezündetes Licht vor die Augen gehalten wurde.

Ophthalmoscopie beinahe unmöglich; heute glückte es jedoch zu constatiren, dass am rechten Auge weder Stauungspapille noch Retinitis albuminurica war. Die Beweglichkeit der Augen war ungehindert, die Papillen egal und reagirten bei Lichteinwirkung. Linksseitige Hemiplegie mit verstärkten Sehnenreflexen, aufgehobene Plantarreflexe. Die Sensibilität liess sich nicht untersuchen. Ausserdem Symptome einer Bronchitis und Degeneratio cordis. Decubitus.

Den nächsten Morgen Temp. 40. Der Zustand unverändert. Um 11 Uhr Abends: Tod nach zunehmendem Collaps.

Die Section ergab: Arteriosclerosis universalis. Hypertrophia cordis et Degeneratio adiposa myocardii. Bronchitis. Perihepatitis et Degeneratio parenchym. hepatis. Splenitis interstitialis fibrosa et Perisplenitis. Nephritis chronica. Hämorrhagia cerebri und pontis recentes et veteres. In der hinteren Spitze des linken Occipitallappens, gegen die äussere Oberfläche zu, eine beiläufig ein paar Tage alte pflaumengrosse Hämorrhagie. An der rechten Seite in der Capsula lentis interna eine alte rostfarbige Blutung mit cicatriciellen Veränderungen im Umkreise. In der linken Hälfte der Kleinhirne und in der Mitte des Pons gleichfalls erbsen- und kirschgrosse Reste einer alten Blutung.

II. 64jähr. Mann. Kam in das Spital am 27. Febr. 1894 und starb am 13. Juli 1894. Früher gesund. Kein Alcoholist. 3 Tage vor der Ankunft plötzlich ohne Verlust des Bewusstseins Sprachstörungen, rechtsseitige Hemiplegie, die doch nach Verlauf von einigen Stunden wieder aufhörte. Zwei Tage später um die Mittagszeit begann der Patient plötzlich über Sehschwäche zu klagen und am Abend desselben Tages wurde er vollständig blind. Keine Paralysen oder Verlust des Bewusstseins, aber er konnte seine Umgebung nicht mehr erkennen, sprach ab und zu verwirrt. Tags darauf kommt [er ins Spital. Am ersten Tag ist er etwas desorientirt, aber später klar. Habitus senil.

Arteriosclerose. Die Pupillen egal, mit lebhafter Licht- und Accomodationsreaction. Die Beweglichkeit der Augen frei. Vollständige Blindheit. Ophthalmoscopie natürlich. Die Zunge kann gerade herausgestreckt werden. Keine Paralysen. Sensibilität ungeschwächt. Die übrige körperliche Untersuchung natürlich. Sprache natürlich, die Auffassung eine gute. Geringe Amnesie, z. B. ein Bleistift, wird bezeichnet: „etwas womit man schreibt, ich weiss aber nicht, wie es heisst"; er konnte aber den Namen gleich nachsagen, als man ihn ihm nannte. Temp. und Urin normal. Die zwei folgenden Monate war der Zustand unverändert.

Am 16. April konnte er des Abends auf einmal die Gasflamme sehen, bei Nacht die Lampe und den nächsten Morgen konnte er die Umrisse der Uhr undeutlich sehen. Die folgenden Wochen sind in den Journalen zahlreiche Beobachtungen notirt über das Zurückkehren des Sehvermögens. Er kam so weit, dass er eine Uhr in der halben Länge des Zimmers sehen konnte, und er konnte die Büste eines Menschen in der Entfernung von ein paar Metern erkennen, aber nicht die ganze Gestalt. Es zeigte sich, dass es ein Theil des linksseitigen Sehfeldes war, das sich gebessert hatte, ein Theil, der etwas unter dem Centrum lag; nach rechts von der Mitte aus konnte er gar nichts auffassen. Am 17. Mai wird ein neues Phänomen notirt. „Abgesehen von dem mangelhaften Sehvermögen scheint bei dem Patienten ein selbst mit totaler Blindheit sonst nicht verbundenes Fehlen des Orientirungsvermögens, das auf einem Mangel an topographischer Vorstellung beruht, vorhanden zu sein. Er kann sich in seiner Umgebung nicht zurechtfinden oder angeben, in welcher Richtung verschiedene Gegenstände im Zimmer zu finden sind, er meint, dass, wenn er das Zimmer verlassen soll, um in den Garten zu gehen — sein täglicher Weg — er links gehen muss anstatt rechts; er weiss, wo er wohnt, kann aber nicht angeben, welchen Weg er gehen soll, um vom Spital in seine Wohnung zu kommen, begeht Fehler in der Beschreibung der Hauptstrassen der Stadt. Die Schrift ist ungehindert, er rechnet schnell im Kopfe."

Am 13. Juli starb er in Folge einer eintretenden Lungenaffection.

Section: Arteriosclerosis. Symphysis cardiaca et Dilatatio cordis. Hypertrophia ventr. dextr. cordis. Degeneratio adiposa myocardii. Bronchiectasis diffusa et Bronchit. chron. Infarct. lob. sup. pulm. dextr. Cyanosis hepatis et lienis. Atrophia senilis renum. Emollitio symmetrica loborum occipit. cerebri. (Pia ödematös. Gyri atrophirt, Sulci breit, die Basalgefässe rigid. An beiden Occipitallappen, besonders an der mittleren Fläche ist das Gewebe ganz symmetrisch gelblich emolliirt. Die Erweichung erstreckt sich durch die ganze Corticalis und sogar ein wenig in die weisse Substanz hinein, aber erreicht das Hinterhorn nicht.)

III. 72jähr. Mann. Kam ins Spital am 6. Juni 1896. Vollständig blind. Unruhig und unklar, apathisch und disorientirt, Pupillen egal, reagiren bei Licht. Ophthalmoscopie natürlich. Keine Paresen, ab und zu clonische Zuckungen in den linken Extremitäten. Gesteigerte Sehnenreflexe und etwas Muskelrigidität an der linken Seite. Die Sensibilität liess sich nicht untersuchen. Urin mit Spuren von Albumen. Temp. normal. Die Organuntersuchung bot nichts dar. Man erfuhr, dass der Patient, der früher immer gesund war, die letzten 4 Jahre, indem er ab und zu ein paar Monate pausirte, an heftigen Schwindelanfällen gelitten hat. Einer von diesen hat vor ein paar Jahren eine Parese der linken Seite hinterlassen und auch eine linksseitige Hemianopsie verursacht. Am Tage der Ankunft wieder ein Anfall, worauf er blind wurde. Im Spital constatirte man bald, dass ausser der Blindheit und Demenz auch eine Seelenblindheit vorhanden war; er irrte sich in der Erkenntniss der umgebenden Gegenstände und Verhältnisse.

Es fehlte ihm vollständig jedwedes topographisches Orientirungsvermögen, so dass er in seinem Verhältniss zu der Umgebung Facta leugnete und auch Versicherungen gegenüber misstrauisch war. Ebensowenig wie er seine Vorstellungen ordnen konnte, so konnte er auch die chronologische Reihenfolge der Begebenheiten nicht ordnen.

Er wurde in Folge dieses Zustandes sehr hülflos, konnte rechts und links nicht unterscheiden und wusste nicht einmal, dass er lag. Die einfachsten Gebrauchsgegenstände kannte er nicht, und sogar kaum das Essen, das ihm in den Mund gesteckt wurde. Er konnte nicht einmal die Topographie der am meisten benutzten Hauptstrasse angeben.

D. E. Jacobson (Kopenhagen).]

III. Krankheiten der Gehirnhäute, Gehirnsinuserkrankungen.

1) Bryan Townsend, C., L. R. C. P. und S. Irel, Cerebral Meningitis following influenza. Lancet. March 21. — 2) Carrière, G., Méningite tuberculeuse; surdité verbale, puis surdité totale; ageusie; anosmie; mort. Arch. clin. de Bord. V. 3. p. 135. Mars. — 3) Biel, Carl, Zur Casuistik der otogenen Meningitis. Wien. klin. Rundschau. X. 47. — 4) Comby, J., Le méningisme chez les enfants. Gaz. des Hôp. 27. — 5) Davies, David Livingstone. Cerebral meningitis following influenza. Lancet. Febr. 22. — 6) Ferroro, Dante, Il meningismo nell' infezione pneumococcia. Arch. ital. di Clin. med. XXXV. 3. p. 525. — 7) Finley, Mary Jordan, Adhesions of the meninges following cerebrospinal fever. New-York med. Record. L. 12. p. 427. Sept. — 8) Heidenhain, Meningitis cerebrospinalis; Genesung; vollständige Taubheit; Besserung. Berl. klin. Wochenschr. XXXIII. 34. — 9) Jansen, H. A., Over een Geval van Meningitis Tuberculosa. Nederl. Tijdschr. 29. Febr. — 10) Kingdon, Wilfred R., Cerebral meningitis following influenza. Brit. med. Journ. May 9. p. 1143. Lancet. May 9. p. 1283. — 11) Leggatt, G. S., A case of cerebrospinal meningitis complicating gonorrhoea, treated by antikamnia. Lancet. July 25. — 12) Townsend, C. Bryan, Cerebral meningitis following influenza. Lanc. March 21. — 13) Yersin, Charles, Un cas pour servir à l'étude du méningisme. Rev. méd. Suisse romande. p. 87. — 14) Weiss, Alfred, Zur Diagnose der Meningitis. Prag. med. Wochenschr. XXI. 43—49. — 15) Quincke, H., Ueber Meningitis serosa und verwandte Zustände. Zeitschr. f. Nervenh. IX. 3 und 4. p. 149. — 16) Janssen, H. A., Ueber einen Fall von Meningitis tuberculosa mit Ausgang in Heilung. Deutsche med. Wochenschr. No. 11. März. (19jähr. Corporal. Heftige Kopfschmerzen. Erbrechen. Strabismus convergens. Contractur im linken Knie. Es tritt dann Besserung ein, Patient wird entlassen am 15. Juni 1892. — Im August 1895 starb Patient an Lungentuberculose. Bei der Autopsie zeigte sich beiderseits vom Sulcus longitudinalis eine deutlich gelb gefärbte Masse von länglicher Form, zusammengesetzt aus kleinsten runden Knötchen. In der Pia mater der Convexität lagen eine Anzahl kleinster grauer Knötchen. Weder die gelben noch die grauen Knötchen enthielten Tuberculbacillen. Patient bekam 8 g Jodkali pro Tag, und auf diese Behandlung führte Verf. die Besserung des Patienten zurück.) — 17) Edwards, Arthur R., The differential diagnosis of Uraemia and Meningitis, with Report of obscure cases. Americ. Journ. Aug. (Die uraemischen Nervenerscheinungen sind dadurch bedingt, dass die Lähmung hauptsächlich das Sensorium ergreift, in geringerem Grade und selten die Motilität.

Dass durch Reizungserscheinungen selten das Sensorium betroffen und dass sie meistens die motorische Region ergreifen, kommt auch bei Uraemie vor. Verf. theilt dann 4 Fälle mit.) — 18) Fürbringer, P., Tödtliche Cerebrospinalmeningitis und acute Gonorrhoe. Deutsche med. Wochenschr. No. 27. 2. Juli. (Die Quincke'sche Lumbal-Punction ergab in diesem Falle Leucocyten, welche den Gonococcen gleichende Organismen in sich schlossen. Das Culturverfahren brachte über das Wesen dieser Coccen Entscheidung. Das kräftige und schnelle Wachsthum der Coccen auf Glycerinagar [mit und ohne Menschenblut] und Peptonglycerin-Ascitesagar und das eigenthümliche Aussehen der so entstandenen Cultur liess ohne weiteres Gonococcenculturen ausschliessen. Dadurch war der Nachweis geliefert, dass es sich um den Weichselbaum'schen Meningodiplococcus intracellularis gehandelt hat.) — 19) Heubner, O., Zur Aetiologie und Diagnose der epidemischen Cerebrospinalmeningitis. Ebendas. — 20) Hutinel, M., Méningisme. Gaz. hebdom. No. 5. 16. Jan. — 21) Wellenhof, C. v., Beitrag zur Kenntniss der tuberculösen Meningitis „en plaques" bei Erwachsenen. Wien. med. Blätter. XIX. Jahrg. No. 23. No. 24. — 22) Sabirowsky, Clemens, Ein Fall von Pachymeningitis interna haemorrhagica. Inaug.-Dissert. Erlangen. Novemb. 1895. — 23) Levi, Georg, Zur Kenntniss des primären Hydrocephalus und der Meningitis serosa. Inaug.-Dissert. Königsberg. Mai. — 24) Buol, Flor. und R. Paulus, Meningitis tuberculosa nach Kopftrauma. Schweiz. Corr.-Bl. XXVI. 23.

Heubner (19) sucht zu ergründen, ob der von Weichselbaum und Jäger bei epidemischer Meningitis innerhalb der Eiterzellen gefundene Microorganismus, den H. zuerst bei einem Lebenden nachgewiesen hatte, auch beim Thierversuch Veranlasser entzündlicher Processe in den Hirnhäuten sein könne, und zwar verwendete er die Quincke'sche Lumbal-Punction in umgekehrter Richtung zur Infection. Die anfänglichen Versuche an Kaninchen und Meerschweinchen verliefen resultatlos, dagegen konnte bei 2 Ziegen mit einer Infection einer Bouilloncultur der Jäger'schen Cultur ein positiver Erfolg erzielt werden. Es entstand eine hämorrhagische spinale Meningitis. Sowohl in Ausstrichpräparaten als auch durch die Cultur konnten die Coccen in den erkrankten Stellen nachgewiesen werden. Andererseits zeigten die Versuche, dass die Virulenz des Meningococcus keine so starke ist, wie diejenige des Pneumococcus.

Hutinel (20): Die Phänomene finden sich hauptsächlich bei Kindern in den Infectionskrankheiten. Die auffallendsten Symptome sind: Nackensteifigkeit, Strabismus, Ungleichheit der Pupillen, Lähmung der Glieder, Benommenheit, Delirium, Convulsionen, Temperaturerhöhungen. Bei der Section findet man nichts im Gehirn.

Es finden sich keine Zeichen von Infection. Die Symptome erklären sich wahrscheinlich durch eine Blutstauung. Sinus und die Gefässe sind mit Blut angefüllt. Oft findet sich ein Oedem unterhalb der Arachnoidea. Möglich ist es, dass Toxine die Erscheinungen hervorrufen.

Im Grossen und Ganzen ist die Prognose ungünstig.

(22). Wiederholte Anfälle von Bewusstlosigkeit bei einem früher sehr starken Trinker. Patient wurde in folgendem Zustande eingeliefert: Tiefes Coma. Pupillen eng, reagiren scheinbar nicht auf Lichteinfall. Die linke Thoraxhälfte wölbte sich beim Inspiriren stärker als die rechte. Clonische Zuckungen in beiden oberen Extremitäten, geringere auch in den unteren Extremitäten und im Facialisgebiet. Dann traten die Zuckungen allmälig mehr localisirt auf, am ausgesprochensten im linken Facialis- und zwar im Gesichts- und Stirntheil, ferner im linken Arm und im linken Bein. Ausserdem leichte Zuckungen im Stirntheil des rechten Facialis. Deviation beider Augen nach links. Später wurde eine Deviation des Kopfes und beider Augen nach rechts beobachtet und zwar zur Zeit, als das Bewusstsein wiederkehrte. Die linke Seite war nun deutlich gelähmt. Die Pupillenreaction blieb träge. Am 3. Tage wurde auch eine Herabsetzung der linken Hand wahrgenommen.

Die Innenfläche der Dura war rechts vollständig überkleidet von einer bis 1 mm dicken, leicht pigmentirten und vascularisirten Pseudomembran, die mit der weichen Hirnhaut verwachsen war. Innenfläche links ebenfalls mit solcher Membran überkleidet.

Levi (23) theilt 4 Fälle mit von Meningitis serosa, resp. idiopathischem primären Hydrocephalus.

IV. Fall mit Section.

Die Krankheit begann mit allmälig an Intensität zunehmenden Nackenschmerzen und Steifigkeit, alsdann Kopfschmerzen, Uebelkeit. Im Augenhintergrunde fand sich starke Füllung der Venen und Arterien bei scharf begrenzter Papille. Das rechte Auge blieb beim Blick nach links etwas zurück. Leichter Nystagmus. Anfälle mit Zunahme der vorhandenen Kopf- und Nackenschmerzen und rechtsseitigem heftigen Ohrensausen. Starker Schweissausbruch. In solcher Weise Tod.

Durch Anstich des Balkens werden ca. 300 ccm einer vollständig wasserklaren Flüssigkeit entleert.

An der Unterfläche der Cerebellarhemisphären ist die Arachnoidea leicht diffus getrübt; in der Rinde der rechten Kleinhirnhemisphäre findet sich ein erbsengrosser hämorrhagischer Erweichungsherd mit bräunlich rothem Centrum, von kleineren Blutungen umgeben. Die übrige Section ergiebt: Hypertrophie und Dilatatio cordis. Stauungshyperämie der Nieren. Abgelaufene Perityphlitis. Abscess im rechten Mittellappen. Beginnende Pneumonia fibrinosa sinistra. Erweichungsherde im Cerebellum.

Die Fälle von Meningitis serosa unterscheiden sich durch folgende 5 Punkte von den meisten ähnlich sich darbietenden Affectionen:

1. Fieber fehlt oder ist mindestens geringgradig und nicht anhaltend.

2. Doppelseitige Stauungspapille ist ausserordentlich häufig.

3. Die Punctionsflüssigkeit ist meist klar, etwa vom spec. Gewicht $^1/_2$—$1^1/_2$ pM. Eiweiss und wird unter einem Druck von mindestens 140 mm Wasser in acuten, 80 mm in chronischen Fällen entleert.

4. Von Herdsymptomen bestehen höchstens Augenmuskellähmungen längere Zeit; ausser sub finem vitae.

5. Es tritt vollständige Heilung oder unvollständige Compensation ein: letztere zum mindesten ohne bleibende Lähmung.

Es ist unmöglich, sich vor dem Irrthum, eine Lues für Meningitis serosa zu nehmen, zu schützen. Syphilis ebenso wie Tuberculose geben eine Disposition für Meningitis serosa.

IV. Intercranielle Geschwülste und Hydrocephalus.

1) Bouveret, Tumeurs cérébrales se manifestant exclusivement par des ictus apoplectiques et paralytiques. Lyon méd. LXXX. p. 485. Déc. — 2) Bouveret, L., Sur le Ramolissement qui entoure les tumeurs cérébrales. Lyon méd. No. 14. 5. April. — 3) Burnett, Charles H., Brain tumors, otitic brain abscesses and aural vertigo. Univers. med. May. VIII. 6. p. 422. March. — 4) Channing, Walter, Report of a case of tumor of the thalamus, with remarks on mental symptoms. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 8. p. 530. Aug. — 5) Collins, Joseph, Specimen, showing multiple growths in the brain of a child. Ibid. Dis. XXI. 3. p. 199. March. — 6) Crimail, A., Tumeur encéphalique observée à la maternité de l'Hôtel-Dieu de Pontoise. Ann. de Gynécol. XLV. p. 308. Avril. — 7) Althaus, Julius, A case of tumour of the brain, successfull treated by internal medication. Clin. Soc. Transact. XXIX. p. 39. — 8) Alex, Psammome kystique de l'arachnoïde. Lyon méd. LXXXII. p. 79. Mai. — 9) Eskridge, J. F. and Clayton Parkhill, Glioma of the left centrum ovale, monoplegia, hemiplegia, word-blindness, alexia, agraphia, partial apraxia and coloration blinduess; operation, improvement. Med. news. July 11. — 10) Fisher, Howard D., 2 specimens of brain tumor with remarks on the difficulty of diagnosis. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 3. p. 196. March. — 11) Gayet, Tumeur cérébrale. Lyon méd. LXXXIII. p. 415. Nov. — 12) Donath, Jul., Ein Fall von Kleinhirngeschwulst. Wien. med. Presse. XXXVII. 20. — 13) Gessler, Herman, Ein Fall von Gehirntumor, wahrscheinl. traumat. Ursprungs. Würtemberg. Corr.-Bl. LXVI. 30. — 14) Hektoen, Ludwig, Gumma of the hypophysis. Medicine. II. 7. p. 570. July. — 15) Hepworth, J., A case of tuberculous tumour of the pons. Brit. med. Journ. Jan. 4. p. 18. — 16) Henle, A., Beitrag zur Pathologie und Therapie d. Hydrocephalus. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. I. 2. S. 264. — 17) Hirschl, 2 Fälle von Hirntumor. Wien. klin. Woch. No. 5. Fall I. Tumor der Rinde, einnehmend einen Theil des mittleren und unteren Drittels der linken vorderen Centralwindung, eventuell nach vorne bis zur dritten linken Stirnwindung, nach hinten bis zum Parietallappen sich ausdehnend. Die Operation ergab ein Rundzellensarcom.) — 18) Jacobson, L. u. B. Jamane, Zur Pathologie der Tumoren d. hinteren Schädelgrube. Arch. f. Psych. XXIX. 1. S. 80. — 19) Finlayson, Tubercular tumour in the motor area of the cortex of a child, where the lesion could be localised by the symptoms. Glasgow med. Journ. XLVI. 2. p. 139. Aug. (19 Monate altes Kind. Convulsionen in der linken Seite. Zuweilen nur isolirte Zuckungen in der rechten Gesichtshälfte. Lähmung der linken Seite. Kein ophthalmoscopischer Befund. Es fand sich auf der rechten Seite des Gehirns zwischen der aufsteigenden Frontal- und aufsteigenden Parietal-Windung ein schmaler gelber Knoten im Grunde des Sulcus, welcher die beiden Windungen trennt.) — 20) Labbé, Marcel, 2 cas de gliome cérébral. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 9. p. 702. Octbr. — 21) Lloyd, James Hendric, A case of tumor of the cerebellum in which operation was rejected. Amer. Journ. of med. Sc. CXII. 3. p. 296. Sept. — 22) Lührmann, F., Ueber einen Fall von Tumor cerebri, der mit eigenthümlichen Anfällen und mit Hörstörungen einherging. Neurol. Centr.-Bl. XV. 5. — 23) Meessen, 3 cas de tumeurs cérébrales. Presse méd. XLVII. 3. — 24) Moritz, E., Zur Diagnose d. Cysticerken im Gehirn. Petersb. med. Wchschr. N. F. XIII. 10. — 25) Napier, A., Case of intra-cranial tumour, with meningitis. Glasgow Journ. XLVI. 5. p. 372. Nov. — 26) Oppenheim, H., Die Geschwülste des Gehirns (Spec. Pathol. u. Ther. herausg. von Hermann Nothnagel. IX. I. 3.) Wien. gr. 8. 274 Ss. mit 14 Abbild. — 27) Peterson, Frederick, Tumor of the cerebellum. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 6. p. 398. June. — 28) Potts, Charles S., A case of tumor (cholesteatoma) of the cerebellum. Univers. med. May. IX. 1. p. 33. Oct. — 29) Preston, A specimen of brain tumor. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 8. p. 538. Aug. — 30) Robert, F. Edes, Tumor attached to the cerebellar peduncles and overlying the fourth ventricle. Boston Medic. and surgical journal. Octob. 22. — 31) Schweinitz, George E. de, Remarks on certain ocular phenomena in their relation to intracerebral growths. Univers. med. May. VIII. 6. p. 418. March. — 32) Sokoloff, Alexis, Ein Fall von Gummi d. Hypophysis cerebri. Virchow's Arch. CXLIII. 2. p. 333. — 33) Stieglitz, L., A cystic tumor (of the brain). Journ. of nerv. and ment. Dis. XX. 12. p. 790. Dec. 1895. — 34) Theoari, Gliome cérébral. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 22. p. 839. Nov.-Dec. — 35) Thomas, Henry M., Alveolar sarcoma of the cerebellum. Bull. of the John Hopkins Hosp. VII. 68—69. p. 103. Nov.-Dec. — 36) Vermorel et René Marie, Tumeur du cerveau. Bull. de la Soc. anat. 5 S. X. 6. p. 162. Fébr.-Mars. — 37) Zeller, Hirngeschwulst. Berl. klin. Wochenschr. XXXIII. 13. — 38) Monro, T. K., Two cases of brain tumour in which Recovery took place. Glasgow Journ. Septbr. Fall I. (Kopfschmerzen, Erbrechen, beiderseitige acute Neuritis optica in Atrophie übergehend; beständige beiderseitige Abwesenheit des Kniephänomens; leichte Lähmung des linken N. oculomotorius; Verschwinden aller Symptome ausser Blindheit und Fehlen der Kniephänomene. Fall II. Schwere Gehirnerscheinungen, ziemlich wenn auch nicht absolut characteristisch für einen Tumor. Bedeutende Besserung während eines Anfalles von Typhus. Tod durch „cancer of pylorus". Im Cerebellum wurde ein Myxoma gefunden.) — 39) Lannois, M. et Al. Perret, Tumeur cystique Sous-Bulbaire. Lyon méd. 23. (Kopfschmerzen im Hinterhaupt, Schwindel und Erbrechen nach einem Schädeltrauma. Cerebellare Ataxie, halbseitige Lähmung rechts. Rechtsseitige Atrophie der Zunge. Schluckbeschwerden. Stimmlosigkeit durch Lähmung des rechten Stimmbandes. Tod unter bulbären Erscheinungen, Pulsbeschleunigung und Athemnoth. Während des Lebens wurde eine Geschwulst des rechten Kleinhirns diagnosticirt, welche den Bulbus gedrückt. Bei der Autopsie wurde ein „Tumeur cystique sous-bulbaire" gefunden, der die rechte Hälfte des Bulbus, der „protubérance" und des Kleinhirns gedrückt hatte. Die Cyste war wahrscheinlich traumatischen Ursprungs. Es hatte sich an der Basis Blut angesammelt, welches sich eingekapselt hatte; das Blut war dann später resorbirt. Jodkalium brachte hier eine Verschlimmerung der Symptome.) — 40) Taylor, Edward Wyllys, 2 cases of tumor of the brain, with autopsy. Boston med. and surg. Journ. CXXXIV. 3. p. 57. Jan. (Das Leiden datirte von einer Kopfverletzung durch einen Eimer her. Doppelseitige Neuritis optica, unsicherer Gang, Erbrechen, Kopfschmerzen, welche auf dem Scheitel localisirt waren. Auf dem Scheitel befand sich ein Knochentumor. Bei der Operation wurde kein Zusammenhang zwischen dem Knochentumor und dem Gehirntumor gefunden. Die Operation musste unterbrochen werden. Es kam dann zur Lähmung des rechten Ar-

mes und der rechten Hand. Unmöglichkeit die Augen nach links zu bewegen. Bei der 2. Operation wurde der Tumor entfernt. Danach trat der Tod ein. Der Gehirntumor war ein Endotheliom. Verf. sieht die Gehirngeschwulst als primäre, die Veränderung an dem Knochen als secundäre an. Fall II. Zuerst Taubheit und Kribbeln in der rechten Hand, dann in der rechten Hälfte beider Lippen zugleich mit Sprachbehinderung. Beständige Kopfschmerzen. Anfälle, in denen er die Sprache verlor, Erbrechen. Es wurde eine Operation vorgenommen in der Gegend der Rolando'schen Furche, doch wurde der Tumor nicht entfernt. Nach der Operation Abwesenheit der Kniephänomene. Patient fühlte sich etwas besser, als vor der Operation. Dann trat wieder Verschlechterung ein, besonders Schwierigkeit der Sprache, auch beim Wortfinden. Mund nach links verzogen, Zunge nach links ausgestreckt. In der rechten Hemisphäre wurde ein Tumor gefunden in der Nähe der motorischen Region. Der Gehirntumor hatte eine sarcomatöse Structur und war ausgegangen vom Hoden.) — 41) Besold, Gust., Ueber zwei Fälle von Gehirntumor (Hämangiosarcom oder sogenanntes Peritheliom in der Gegend des dritten Ventrikels) bei zwei Geschwistern. Zeitschrift für Nervenheilkunde. VIII. Bd. — 42) Seeligmann, R., Zur Kenntniss der halbseitigen, durch Tumoren an der Schädelbasis verursachten Hirnnervenlähmungen. Ebendas. VIII. Bd. S. 438. — 44) Hoesslin, Rud. v., Tumor der Epiphysis cerebri. Diabetes insipidus. Oculomotoriuskernlähmung. Münch. med. Wochenschr. No. 13. (Starke Polyurie. Kein Zucker und Eiweiss. Niedriges specifisches Gewicht. Vorübergehendes Erbrechen. Grobe Kraft der unteren Extremitäten stark herabgesetzt. Gang taumelnd. Pupillen beiderseits ad maximum erweitert. Es bestand eine isolirte Lähmung beider Mm. recti superiores, der Mm. obliq. super. und eine Lähmung des Sphincter pupillae. Tumor der Epiphyse, übergreifend auf die Corpora quadrigemina. Leichte Sclerose am Boden der Rautengrube, Compression mit Zerstörung des Aquaeductus Sylvii.) — 45) Marfan, A. B., Phlébite fibro-adhésive des sinus de la dure-mère ayant déterminé de l'hydrocéphalie et consécutive à une gastroentérite. Revue des Mal. de l'Enf. XIV. p. 369. Aout.

Besold (41). Bei zwei Schwestern, welche im Wesentlichen früher gesund waren, stellte sich in jugendlichem Alter ein im Ganzen sehr übereinstimmendes Krankheitsbild ein. Die eine Schwester erkrankte im 16., die andere im 11. Lebensjahre mit rasch zunehmendem Schwächegefühl in den Beinen, mit Kopfschmerzen und zeitweiligem Erbrechen. Bald machten sich Sehstörungen bemerkbar, die verhältnissmässig rasch zu vollkommener Blindheit führten. In beiden Fällen wurden frühzeitig Veränderungen am Sehnerveneintritt nachgewiesen (leichte Stauungspapille, bald vollständige Atrophie der Optici.) Im Zusammenhang damit wurde die Pupillenreaction immer träger und erlosch ziemlich rasch. Beide Mädchen zeigten motorische Reizerscheinungen, die ältere gleich zu Beginn, die jüngere nach etwa halbjährigem Bestand der Krankheit. Bei I bestanden diese Reizerscheinungen mehr in Streck-, bei II hauptsächlich in Beugekrämpfen, beide Male aber waren es der Hauptsache nach entschieden tonische Krämpfe. Diese Reizerscheinungen nahmen im Verlauf der Krankheit zu, um schliesslich in dauernde Contracturen auszuarten. Bei beiden Geschwistern zeigte sich theils während dieser Anfälle, theils ausserhalb derselben ein stärkeres Befallensein der rechten Körperhälfte, entsprechend der stärkeren Entwicklung und wohl auch dem Ausgangspunct des Tumors in der linken Gehirnhälfte.

Die Sensibilität blieb in jedem Falle, so lange sie zu prüfen war, gut erhalten. Die Intelligenz nahm bei fortschreitender Krankheit immer ab, schliesslich bestand völliger Stumpfsinn. Die Sprache war bei I, wie bei II nur insofern gestört, als die einzelnen Silben auffallend langsam aufeinander folgten und ganz ausdruckslos und monoton vorgebracht wurden. Der Geschmack blieb, solange er geprüft werden konnte, erhalten; ebenso der Geruch in Fall II, während bei Fall I das Riechvermögen sehr bald abnahm und schliesslich vollständig erlosch. Das Gehör war bei beiden Kranken herabgesetzt und nahm im Verlauf der Krankheit immer mehr ab. Im Facialisgebiet konnten keine Lähmungserscheinungen nachgewiesen werden, vorübergehend in Fall I eine Reizerscheinung im rechten Orbicularis palpebrarum, in Fall II während eines Anfalls Reizerscheinungen in beiden Faciales. Deutliche Lähmungen der äusseren Augenmuskeln fehlten in beiden Fällen. Von normalen Augenbewegungen war freilich keine Rede. Die Bulbi machten uncoordinirte, raschere oder langsame unfreiwillige Bewegungen, wie dies bei amaurotischen Kranken gewöhnlich der Fall ist. — Bei beiden Schwestern beobachtete Verf. auch beim Mangel von Fieber (welches erst durch secundäre Lungenveränderungen in Fall II hervorgerufen wurde) eine anhaltend hohe Pulsfrequenz, niemals, wie man doch vielleicht bei dem gesteigerten Hirndruck hätte erwarten können, eine Pulsverlangsamung.

In beiden Fällen war die Geschwulstentwickelung von der Gegend des linken Thalamus opticus ausgegangen und hatte demnach von vornherein nicht sehr characteristische Localsymptome hervorrufen können. Wahrscheinlich muss der Tumor aber seinen Ausgang von den medialen Theilen des Thalamus (vielleicht von seinem Ependym) genommen haben, da er sehr bald auf die andere Gehirnhälfte übergegriffen hatte. Im ersten Fall waren Corpora quadrigemina und linke Grosshirnschenkelgegend mit ergriffen, der 4. Ventrikel sehr beengt. Im zweiten Fall war die Geschwulst weiter in die linke Grosshirnhemisphäre bis in die Gegend des linken Linsenkernes und der linken inneren Kapsel vorgedrungen.

Der Tumor bei der jüngeren Schwester war kein gewöhnliches Gliom oder Sarcom, wie man sie sonst als häufigste histologische Form der Gehirngeschwülste beobachtet, sondern hatte einen ganz eigenthümlichen Bau. Die ganze Neubildung bestand aus Gefässen und aus mehrgestaltigen Zellwucherungen, welche offenbar um diese Gefässe herum entstanden waren. Zwischen diesen Gefässen und den sie umgebenden Zellscheiden lagen schmale Züge von Rundzellen. Die neugebildeten Zellen in der Umgebung der Gefässe waren grosse cylindrische epithelioide Zellen, deren Aussehen unverkennbar auf einen epithelialen bezw. „endothelialen" Ursprung hinwies. Man hat es somit mit einer Geschwulstform zu thun, welche als Hämorrhagiosarcom

oder Endotheliom, resp. mit Rücksicht auf die Entwickelung der Zellen um die Gefässe herum, wobei an einen Ursprung aus den Endothelien der perivasculären Lymphscheide gedacht werden kann, gelegentlich auch als „Peritheliom" bezeichnet wird.

Der Tumor bei der älteren Schwester wurde nur in frischem Zustande microscopisch untersucht und von Herrn Prof. v. Zenker als ein medulläres Sarcom, wahrscheinlich ependymären Ursprungs mit hauptsächlicher Gruppirung der Gewebsneubildung um die Gefässe herum bezeichnet, so dass die im Wesentlichen jedenfalls vorhandene Gleichartigkeit beider Geschwülste völlig sichergestellt ist.

(42). Fall I. Metastatisches Carcinom an und in der Schädelbasis mit Compression oder Ergriffensein des V., VII., VIII. und in geringerem Grade des IX. und XII. Gehirnnerven. Hemiplegia dextra. — Die Hemiplegie in der der Hirnnervenlähmung entgegengesetzten Seite ist am besten durch eine Schädigung des Pons zu erklären.

Fall II. Heftige neuralgische Schmerzen im Gebiet des Trigeminus, hochgradige Sensibilitätsstörungen in dem gleichen Nerven wiesen auf den Sitz der Erkrankung an der Basis hin, die Tumoren in der seitlichen Halsgegend, die allerdings erst spät eintretende Protrusion des Bulbus liessen an der Natur der Erkrankung, dass es sich um einen Tumor handelte, keinen Zweifel. Ausgangspunkt der Geschwulst ist die mittlere Schädelgrube.

Aus dem klinischen Verlauf ist ausser dem Fehlen der Stauungspapille ein Symptom hervorzuheben, das auffälliger Weise eine Zeit lang in den Vordergrund trat: das Erbrechen.

Seligmann stellt 11 Fälle mit und 4 Fälle ohne Sectionsbefund aus der Literatur zusammen und trennt die halbseitigen, durch Tumoren bedingten Hirnnervenlähmungen je nach dem Symptomencomplex in solche, bei denen die Geschwulst

1. die mittlere Schädelgrube allein,
2. die mittlere und hintere Schädelgrube,
3. die hintere Schädelgrube allein

einnimmt.

Bei den Tumoren der mittleren und hinteren Schädelgrube ist das Freibleiben des N. vagus und N. accessorius sehr auffallend.

Am verbreitetsten unter den allgemeinen Hirnerscheinungen ist der Kopfschmerz. Neuralgien im Gesicht und Kopf sind geradezu als beweisend für die krankhaften Processe an der Schädelbasis zu bezeichnen. Das Fehlen von Erbrechen ist als characteristisch für die Tumoren an der Schädelbasis zu bezeichnen. Bei den durch Tumoren an der Schädelbasis verursachten Hirnnervenlähmungen ist der normale ophthalmoscopische Befund die Regel.

In der anatomischen Lage der Tumoren an der Schädelbasis ausserhalb der Dura mater in ihrer flächenhaften Ausbreitung ist die Erklärung für das Fehlen der Stauungspapille, für das Fehlen der Hirndruckerscheinungen überhaupt zu finden.

Hemiplegien fehlen dauernd oder treten erst in den letzten Stadien der Erkrankung auf. Die sorgfältige Betastung der Rachenwand, der Nachweis einer gegen die Mundhöhle vorgedrungenen Geschwulst trägt oft nicht wenig zur Sicherung der Diagnose bei.

Alle Fälle hochgradiger Protrusion des Bulbus, und um solche handelt es sich bei obigen Betrachtungen, sind nur durch ein raumbeengendes Moment in der Orbita, durch den Durchbruch der Geschwulst in sie zu erklären.

Das Fehlen von Stauungspapille, das Fehlen von Erbrechen und von Drucksteigerung überhaupt ist characteristisch für die durch Tumoren an der Schädelbasis bedingten Hirnnervenlähmungen.

Der Nachweis der Geschwulst im Nasenrachenraum, Protrusion des Bulbus, Auffinden eines primären Herdes ist sehr wichtig für die Unterscheidung dieser Lähmungsformen von den durch chronische Meningitis verursachten.

[Köster, H., Gehirntumoren-Casuistik. Upsala laekarefoerenings förhandlingar. Neue Reihe. I. 6. u. 7. H. p. 321—364.

a) Geschwülste im Frontallappen.

1. 59 jähriges Weib. Die Symptome fingen ganz plötzlich an in der Form eines apoplectischen Anfalles, ohne Verlust des Bewusstseins, aber mit Verlust des Seh- und Sprechvermögens während einiger Stunden, sowie Parese des N. facialis und Deviation der Augen nach links, ohne deutliche Parese der Extremitäten. Alle diese Symptome verschwanden mit Ausnahme der Facialisparese, welche während dreier Wochen dauerte; sodann verschwand auch sie. Nach zweimonatlichem Wohlsein ohne Kopfschmerzen oder andere Symptome, auf ein Hirnleiden hindeutend, bekam sie zuerst, eine Woche vor ihrem Eintritt ins Krankenhaus, heftige Kopfschmerzen an der rechten Seite, sowie Erbrechen, und allmälig entwickelte sich während des Verlaufes einiger Tage eine linksseitige Parese, diesmal ohne apoplectischen Insult und ohne Verlust des Bewusstseins. Keine Zeichen von Syphilis. Bei ihrem Eintritte ins Spital bot die Patientin das Bild einer typischen linksseitigen Hemiplegie. Unfreiwilliger Abgang des Harns und der Fäces. Sopor. Mors. Section: Dura mater dick. An der rechten Gehirnhälfte, dem hinteren Theile der zweiten Frontalwindung entsprechend, waren die Gyri platt, bläulich blass, fest zu betasten. Bei Einschnitt wurde hier angetroffen eine apfelgrosse Geschwulst mit gelblichem, weichem Centrum und mehr schwieligen, festen, blauweissen Flächen, den Querschnitt fast des ganzen Frontallappens einnehmend, dem hinteren Theile des zweiten Frontalgyrus entsprechend und nach hinten unter die Centralwindungen sich erstreckend. Die Pleura der rechten Lunge mit gelblichen, spinnegewebsähnlichen Membranen, welche leicht loslassen, belegt; die Pleurafläche dahinter matt; an der Mitte des obersten Lappens waren die Lymphgefässe schön injicirt und traten wie ein gelblich-weisses Netzwerk an der Oberfläche der Lunge hervor. Die Geschwulst war ein Gummi.

2. 32 jähriger Handelsreisender. Vollkommen gesund, bekommt er plötzlich ohne vorhergehendes Unwohlsein heftige epileptische Anfälle; diese verschwinden und kehren nicht wieder, aber statt dessen treten anfallsweise heftige Kopfschmerzen mit Delirien und Erbrechen auf. Ungefähr 3 Monate später war eine Stauungspapille ausgebildet und der Kranke schon ziemlich geistesstumpf. Später trat zuerst eine gelinde, rechtsseitige Facialisparese auf, sodann eine Parese des linken Abducens und die rechte Pupille wurde grösser wie die linke und unbeweglich, das linke Auge wurde anästhe-

tisch und es trat Herabsetzung der Sensibilität in der linken Gesichtshälfte ein; endlich kamen dazu Trismus, Parese aller Bewegungsnerven des linken Auges, sowie eine Keratitis neuroparalytica auch am rechten Auge. Alles dieses ohne deutliche Paresen der Extremitäten, aber mit einer gewissen Rigidität der Beine. Verschlechterung. Exitus. Section: Gyrus frontalis primus et secundus erscheinen bläulich weissgefärbt, der linke Frontallappen buchtet sich nach innen gegen die Falx und ist fester als normal beim Betasten. Bei zwei Frontalschnitten, der vordere mitten durch den Frontallappen, der hintere an der vorderen Spitze des Temporallappens, erscheint im vorderen in der weissen Substanz eine ohngefähr gänseeigrosse Geschwulst, welche in der oberen Partie gelatinös, strohgelb, beinahe wie serumdurchtränktes Fibrin ist, im unteren Theile wiederum blauroth mit lebhaft gefüllten Gefässen und Blutungen; sie ist hier auch gegen die weisse Substanz schärfer abgesetzt. Wie es scheint, erstreckt sie sich bis an die vordere Spitze des Frontallappens; im hinteren Schnitte kann man nichts davon wahrnehmen. Sarcom.

3. 34 jähriges, unverheirathetes Weib hatte schon lange an Ohnmachtsanfällen gelitten. Nach einem solchen bekam sie Kopfschmerzen und eine rechtsseitige Facialisparese während einiger Wochen, woneben das Sehen seitdem continuirlich schlechter wurde. Objectiv wurde danach Stauungspapille constatirt, sowie Herabsetzung der Sensibilität für eine kurze Zeit im Verbreitungsgebiet des N. supraorbitalis dexter, Deviation der Zunge nach links und Gefühl von Steifigkeit im Munde ohne objectiv constatirbare Parese. Sodann entwickelte sich unter wiederholten Ohnmachtsanfällen, bisweilen von heftigen Kopfschmerzen begleitet, eine linksseitige Facialisparese, Herabsetzung der Sensibilität im Verbreitungsbereiche der unteren Zweige des N. trigem. dexter, gelinder Exophthalmus, Zuckungen des Kopfes nach hinten, eine linksseitige Abducensparalyse, ein Gefühl von Betäubung in der Nase, während gleichzeitig die Sensibilität in der rechten Gesichtshälfte zurückgekehrt war; danach Herabsetzung des Geruches in der linken Nasenhälfte, Analgesie im ganzen Gesichte, Parese auch des oberen Facialiszweiges linkerseits, herabgesetzter Geschmack an der Zungenbasis, alles ohne Symptome der Extremitäten. Erst gegen das Ende traten in diesen Zuckungen linkerseits, sowie eine gewisse Rigidität auf; weiter Nackensteife, Hintenüberziehen des Kopfes, ausgeprägtes Kernig'sches Phänomen und endlich Anästhesie der conjunctivalen Verzweigungen des N. trigeminus dexter nebst starker Papillen-Atrophie. Tod. Section: Am hinteren Frontallappen, entsprechend der hinteren Hälfte der dritten Frontalwindung, tritt eine grau-gelatinöse Geschwulstmasse, welche von dort auf den vordersten Theil des Gyrus temporalis I und II übergreift, hervor. Die Gegend darüber, dem mittelsten Theile des Gyrus frontalis secundus entsprechend, ist weich zu betasten und in Betreff der Farbe etwas gelber wie die übrige Gehirnoberfläche. An der Innenfläche der rechten Hemisphäre tritt, entsprechend dem innersten mittleren Theile des Gyrus frontalis primus und naheliegendem Theile des Gyrus cinguli eine graugelatinöse Geschwulstmasse, welche in unmittelbarer Verbindung die ganze Gehirnmasse hindurch mit der an der äusseren Seite befindlichen zu stehen scheint, hervor. Die vordere Grenze der Geschwulst erstreckt sich keilförmig vorwärts bis ohngefähr 4 cm von der Spitze des Frontallappens und reicht nach hinten nicht unter die Centralwindungen. Beim Einschnitt findet man, dass die grösste Masse der Geschwulst aus einem graugelatinösen Gewebe mit zahlreichen Blutgefässen, mit etwas mehr opaken Partien abwechselnd, besteht. Ihre innerste Partie dagegen zeigt auf einem wallnussgrossen Gebiete eine käsige, gelbliche Masse mit eingesprengten graugelatinösen Flecken. Die Geschwulst ist nicht scharf begrenzt gegen die umgebende Gehirnmasse, welche in der Gegend der zweiten Frontalwindung erweicht, lose, schmierig ist. An einem Querschnitte, entsprechend dem vorderen Ende des Temporallappens, ist die Geschwulst am festesten. Hier finden sich weissere, festere Inseln eingesprengt. Umgebende Hirnsubstanz ist auch hier gelblich, erweicht. Die beiden Occipitallappen möglicherweise etwas kleiner wie normal; in ihrer Structur kann jedoch macroscopisch nichts Anormales entdeckt werden. Die beiden Tractus olfactorii und die beiden Nervi optici, sowie das Chiasma scheinen abgeplattet zu sein. — Nach K. sprechen die Fälle dafür, dass gewisse psychische Veränderungen, wie Hadersucht, Wankelmuth, Kritiklosigkeit oder sog. „Mania“ und Stumpfsinn im höchsten Grade, nicht characteristisch oder zum wenigsten bei Geschwülsten im Frontallappen, nicht constant sind. Gummi.

b) Geschwülste in der Nähe der Centralwindungen.

4. 38 jährige Ehefrau. War mehrmals von ihrem Manne misshandelt worden und auf den Kopf geschlagen. Der Krankheitsprocess hatte sich allmälig ausgebildet mit heftigen Kopfschmerzen mit unbestimmter Localisation und Schwindel, aber ohne Erbrechen und hatte zu einer rechtsseitigen Paralyse geführt; die Intelligenz war nicht wesentlich umnachtet, Aphasie fehlte, aber die Rede war etwas träge; dagegen fand sich ausgeprägte Stauungspapille vor. Unter Behandlung mit Jodkalium und Salicylquecksilber-Injectionen wurde Pat. beinahe vollständig wiederhergestellt. Nach K., wahrscheinlich ein gummöser Process in der Hirnsubstanz selbst, wahrscheinlicher im Parietal-, wie im Frontallappen.

5. 46 jähriger Buchhändler, ohne hereditäre Belastung. Vor 20 Jahren weicher Schanker ohne weitere Symptome. Ohne vorhergehendes Unwohlsein bekam er plötzlich einen Anfall mit Zuckungen im rechten Arme und Beine, in der Hand anfangend; er fiel zu Boden, konnte aber nach einer Weile sich nach Hause begeben. Zehn Tage später noch ein ähnlicher Anfall ohne Verlust des Bewusstseins. Darnach war er gesund ohne Kopfschmerzen, Zuckungen, Schwindel oder Zeichen von Schwäche irgendwo. Nach etwas mehr wie 2 Monaten wurde er wiederum von zwei ähnlichen Anfällen mit Zuckungen ergriffen; das letzte Mal war er bewusstlos während ein Paar Stunden. K. constatirte unangetastete Intelligenz, Abwesenheit von Kopfschmerzen, Uebelkeiten und Schwindel, gelinde Parese des rechten Armes und, obgleich in niedrigerem Grade, des rechten Beines, Parese des unteren rechten Facialisgebietes und Deviation der Zunge nach rechts. Keine Ataxie, normale Sensibilität, starke Patellarreflexe, besonders am rechten Beine. Allmälig verschlechterte sich die Parese, Rigidität im Beine mit Dorsalclonus kam dazu; wiederholte Anfälle mit Zuckungen im rechten Arme und Beine, sowie im rechten Facialisgebiete, mit Kriebeln und Zuckungen in der rechten Hand anfangend, gesellten sich dazu, und endlich bildete sich aus vollständige Paralyse der rechten Extremitäten und Parese des unteren Zweiges des rechten Facialisgebietes und des Hypoglossus. Erst später wurde ausgeprägte Stauungspapille constatirt. Gegen das Ende wurde der Patient immer geistesstumpfer, bekam heftiges Erbrechen und Schwindel. Es wurde Trepanation ausgeführt über der Mitte der Centralgyri, aber keine Geschwulstbildung wurde angetroffen. Inzwischen blieb ein grosser Hirnvorfall zurück, und während der ersten Zeit nach der Operation verminderte sich die Stauungspapille und war sogar während einer kürzeren Zeit verschwunden, aber allmälig verschlechterte sich der Zustand wiederum und der Kranke verschied. Die Section zeigte eine Geschwulstbildung, welche theilweise in der prolabirten Gehirnpartie gelegen war, von der Oberfläche durch eine 0,5 cm breite veränderte Gehirnmasse getrennt. Auf der inneren Fläche erstreckte sich die Geschwulstbildung bis zur

Fissura occipitalis hin und nahm einen grossen Theil des Centrum semiovale ein. Macroscopisch war die Geschwulst ein Sarcoma globocellulare.

c) Geschwülste im Occipitallappen.

6. Ehemaliger Kaufmann, 55 Jahre alt. Mit Ausnahme einer schnell vorübergehenden Diplopie sowie Micropsie war die homonyme linksseitige Hemianopsie das erste und lange Zeit allein hervortretende Symptom, bei gleichzeitiger Abwesenheit hemiopischer Pupillenreaction. Auch die acute Diplopie, von welcher er belästigt wurde, war schnell vorübergehender Art und kehrte nicht wieder. Allmälig bildete sich aus Nackenkopfweh, Nackensteifigkeit, alles ohne schwereren Schwindel und ohne Erbrechen. Stauungspapille trat hervor. Successiv wurde die Sensibilität am linken Arme und Beine herabgesetzt, das linke Bein und zuletzt auch der linke Arm wurden schwächer. Zunehmender Stumpfsinn. Tod. Section: Der Occipitallappen an der rechten Gehirnhälfte war von einer Geschwulst, in seinem hinteren Theile gelegen, eingenommen. Die Geschwulst war überall vom umgebenden Gehirngewebe scharf begrenzt, ihre Schnittfläche umwechselnd gelbweiss und gelatinös durchscheinend, halbseit. Gummi.

d) Geschwülste im Corpus callosum.

7. 59jähriger Arbeiter. Keine hereditäre Belastung. Nach einer Verstauchung der linken Kniescheibe sowie Influenza mit nachfolgender, linksseitiger, chronischer purulenter Otitis erkrankt er plötzlich an den gewöhnlichen Zeichen einer intracranialen Complication. Gelinde Arteriosclerose. Stark indicanhaltiger Harn. Apathie. Irrereden. Er versteht, was man ihm sagt, wie es scheint, indem er gegebene Befehle richtig ausführt, und kann lesen. Sensibilität am Stamme und an den Armen etwas herabgesetzt, aber er localisirt ganz gut. Keine deutliche Parese der Musculatur der Extremitäten. Gehen unsicher und schwankend, nicht atactisch, keine Ataxie, keine Zuckungen, kein Zittern oder Intentionszittern. Schwache Patellarreflexe, kein Dorsalclonus, starke Cremasterreflexe. Kein Ohrenfluss; keine Empfindlichkeit über dem Processus mastoïdeus. Er kann sich nicht auf die Beine stützen, sondern fällt auf den Rücken bei Versuchen dazu. Bedeutende Vermehrung des Stumpfsinnes. Rigidität in der Musculatur der unteren Extremitäten, besonders der Femur-Flexoren. Patellarreflexe können hervorgerufen werden. Ausgeprägtes Kernig's Phänomen, dito Chvostek's Facialisphänomen, dito. Stauungspapille. Strabismus divergens. Coma. Stark contrahirte Pupillen. Tod. Section: Beim Durchschneiden des Corpus callosum wird ebendaselbst eine Geschwulstmasse, welche von seinem vorderen Theile bis ohngefähr 2 cm vom Splenium sich erstreckt, angetroffen. Sie nimmt den grösseren Theil der Substanz des Corpus callosum ein, lässt seine obere Fläche frei und reicht nach den Seiten bis ungefähr 1 cm von der Einstrahlung in das Centrum semiovale. Nach unten hat diese Geschwulstmasse auf das Septum pellucidum übergegriffen, welches in seiner ganzen Ausdehnung von oben nach unten infiltrirt ist, ebenso in einer Ausdehnung von 2 cm von vorne nach hinten; es ist ungefähr 1 cm dick von Seite zu Seite. Nach unten reicht diese Infiltration zur grauen Substanz oberhalb und hinter dem Chiasma nervi optici. Fornices sind frei, Commissura anterior scheint infiltrirt zu sein. Die Geschwulstmasse ist nach unten ziemlich fest, nach oben weicher, grauweiss mit zahlreichen Blutpünktchen. Die Ventrikel sind ausgedehnt von einer etwas vermehrten Menge Cerebrospinal-Flüssigkeit. Bedeutende Degeneration der Herzmusculatur, Beginnende hypostatische Pneumonie in den unteren Lungenlappen, Rundzellensarcom.

8. 68jähriger Mann erkrankte mit heftigen Kopfschmerzen, am meisten im Stirn- und im vorderen Theile des Scheitels, Schwindel, Uebelkeiten mit zunehmender Intensität. Das Gedächtniss fing an schlechter zu werden; ebenso das Sehen, und er bekam Seh- und Geschmackshallucinationen. Stumpfsinn. Schlechte Esslust. Exquisite Stauungspapille, aber keine Hemianopsie. Unbehinderte Augenbewegungen. Die Pupillen reagiren für Licht. Die Patellarreflexe sind schwach, die Cubitalreflexe werden vermisst. Kein Dorsalclonus, keine Rigidität. Gelinde Arteriosclerose. Das frühere gute Gehen und Stehen wurde verschlechtert. Starker Schwindel. Er kann nicht mehr die Beine von der Unterlage heben, die Patellarreflexe sind verschwunden. Es ist leicht die Cremaster- und Bauchreflexe der linken Seite hervorzurufen, an der rechten Seite scheinen sie verschwunden zu sein. Bedeutende Verschlechterung der Auffassung. Die rechte Gesichtshälfte schlaffer wie die linke. Beginnende Papillenatrophie; inzwischen heftige Schreie. Coma. Mors. Section: Kalkplättchen in der Art. basilaris. Der hintere Theil des Corpus callosum ist von einer wallnussgrossen Geschwulst mit gelblicher, etwas weicher Schnittfläche eingenommen. Nach vorne reicht diese Geschwulst bis zur Mitte des Corpus callosum und nimmt das ganze Splenum sowie den darunterliegenden Theil des Fornix ein, lässt Thalamus sowie Septum pellucidum und Fasciola cinerea frei. Rechterseits ist die Geschwulst auf das Corpus callosum beschränkt. In der linken Hemisphäre reicht sie auch ein Stückchen in die weisse Substanz oberhalb des Ventrikels hinein, der Ausstrahlung des Corpus callosum folgend, ohne von der weissen Gehirnsubstanz scharf begrenzt zu sein. Bedeutende Dilatation der Ventrikel und des Aquaeductus Sylvii. Gliom.

e) Geschwulst im vierten Ventrikel.

9. 41jährige Lehrerin. In ihrem Berufe in der Schule war sie sowohl physischer wie psychischer Ueberanstrengung ausgesetzt gewesen. Seit 2 Jahren waren die Symptome allmälig entwickelt und verschlechtert, da sie sich keine Ruhe gönnen konnte; zeitweise, da sie Ruhe bekommen hatte, war der Zustand besser. Heftige Kopfschmerzen hatte sie niemals gehabt, wohl aber Schwindel, Erbrechen, hauptsächlich bei Aenderung der Körperlage; das Sehen wurde schlechter, die Beine gefühllos, der Gang schwächer aber nicht atactisch, objectiv fand sich keine Stauungspapille vor, nicht Paresen, nicht Ataxie, aber ein bedeutender Tremor und gesteigerte Sehnenreflexe mit Dorsalclonus an den beiden Beinen, hochgradiger jedoch am einen wie am anderen. Hochgradiger anämischer Zustand. Von Zeit zu Zeit zeigte sie grosse Geneigtheit nach hinten und links zu fallen, jedoch nur bei Anfällen von Schmerzen hinter den Ohren, Zuckungen in den beiden Armen in Form von Zittern mit Steifigkeit. Bewusstlosigkeit. Plötzlicher Tod. Section: Dura bedeutend gespannt, Gyri ganz abgeplattet. Die Ventrikel hochgradig ausgedehnt von wasserklarer Flüssigkeit. Der vierte Ventrikel ebenso hochgradig dilatirt zu Hühnereigrösse, theils von Flüssigkeit, theils von einer pflaumengrossen Geschwulst, von der linken Kleinhirnhemisphäre ausgehend, in den Ventrikel einbuchtend und nach oben und unten gegen den Aquaeductus Sylvii und Foramen Magendie reichend. Diese Geschwulst ist ungleichmässig grauroth an der Schnittfläche, theilweise gelatinös, mit kleineren Ecchymosen. Foramen Magendie absolut verstopft. Der oberste Theil der Medulla oblongata, welche im Ganzen genommen, etwas abgeplattet ist, scheint auch verändert zu sein, indem er weich zu betasten ist und die Anschwellung der hinteren Stränge ist ungewöhnlich scharf markirt. Sarcoma globocellulare.

In der linken Lungenspitze an der Oberfläche findet sich ein beinahe thalergrosser, narbiger Fleck mit schwieliger Pleura, welche hier 3—4 mm misst. Keine Tuberculose. **Fr. Eklund** (Stockholm).}

V. Cerebral-Syphilis.

1) Cassirer, R., Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen multipler Sclerose und Lues cerebro-spinalis. Deutsche med. Wochenschr. XXII. 43. — 2) Derselbe, Ein Fall von Lues cerebro-spinalis. Deutsche Zeitschr. f. Nervenhkde. IX. 1 u. 2. S. 99. — 3) Herter, Christian A., Cerebro-spinal syphilis. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 2. p. 119. Febr. — 4) Kohn, Siegmund, Ein casuist. Beitrag zur Kenntniss d. Gehirnlues. Zeitschr. f. Heilkde. XVII. 5 u. 6. S. 429. — 5) Mesnard, L., Sur quelques cas d'encéphalopathie syphilitique. Ann. de la Policlin. de Bord. IV. 8. p. 250. Mars. — 6) Oppenheim, H., Die syphilit. Erkrankungen des Gehirns. (Spec. Pathol. u. Ther. herausg. v. H. Nothnagel. IX. 1. 3.) Wien. gr. 8. 196 Ss. m. 17 Abb. — 7) Schively, Mary Alice, Cerebral syphilis. Journ. of nerv. and mental. Dis. XXI. 11. p. 735. Nov. — 8) Köppen, M., Beiträge zum Studium der Hirnherderkrankungen. Abschn. I. Affectionen der Gehirnrinde auf luetischer Basis. Arch. f. Psychiatrie. Bd. XXVIII. Heft 3. — 9) Bechterew, W. v., Ueber syphilitische disseminirte, cerebrospinale Sclerose nebst Bemerkungen über die secundäre Degeneration der Fasern des vorderen Kleinhirnschenkels, des centralen Haubenbündels und der Schleifenschicht. Ebendaselbst.

(8). Durch die Färbung mit Säurefuchsin und Pikrinsäure war man in der Lage, stets die bindegewebigen von den gliösen Elementen unterscheiden zu können. Ist das Präparat gut gelungen, was man an dem gelben Ton der Marksubstanz erkennt, so hat das Bindegewebe einen schönen glänzenden, bläulich rothen Farbenton, während die Glia matt gelblichroth ist. Combinirt man nun die Säurefuchsinmethode mit einer Hämatoxylinfärbung, wie es Gieson bereits vorgeschlagen hat, so hat man eine vorzügliche Methode zum Studium der verschiedenen Kerne. Namentlich ist auf diese Weise bis zu einem gewissen Grade eine Unterscheidung von Gliazellenkernen und Ganglienzellenkernen möglich. Die Ganglienzelle hat einen sehr lichten Kern, der einen röthlichen Schimmer hat und gewöhnlich in seinem Centrum ein deutliches starkes Kernkörperchen besitzt, welches noch deutlicher den rothen Farbenton zeigt. Die Gliazelle hat einen blaugefärbten Kern, der desto lichter ist, je grösser die Zelle ist, häufig excentrisch liegt und ein verhältnissmässig kleines blaugefärbtes Kernkörperchen aufweist, das ebenfalls nur selten im Centrum des Kernes liegt.

Fall I Lues constitutionalis. Erweichungsherde und Narben in den Windungen um den Sulcus interparietalis (parieto-occipitalis). Im Leben keine Gehirnsymptome.

Zweifellos hat man die gefundenen Veränderungen durch die allgemeine Lues zu erklären, da auch in sonstigen Körperorganen characteristische Veränderungen syphilitischer Natur bestanden hatten und da der anatomische Character der gefundenen Veränderungen auf Lues hinweist, so die besondere Art der Gefässerkrankung und die Verbreitung der Erkrankung über kleine Partien der Hirnrinde.

Die häufige Lage der Erweichungsherde und der aus ihnen entstandenen Bindegewebsnarben unterhalb der zonalen Rindenschicht und im Mark dicht unterhalb der Rinde erklärt sich wohl daraus, dass an diesen Stellen die kurzen und langen Corticalgefässe ihre Endigung finden und man also in diesen Bezirken Stellen vor sich hat, deren Ernährung bei einer Erkrankung dieser Gefässe am leichtesten leiden muss.

Diese Bildung zahlreicher in einer Stelle der Hirnrinde zerstreut liegender Herde, die durch eine Circulationsstörung verursacht werden, sind nun gerade der Syphilis eigenthümlich.

Es ist nicht absolut undenkbar, dass auf Grund von arteriosclerotischer Entartung disseminirte Herde der Hirnrinde zu Stande kommen, aber zu kleinen Erweichungen in der Hirnrinde kommt es bei der Arteriosclerose gewöhnlich erst, wenn diese Gefässerkrankung eine sehr grosse Ausbreitung erreicht hat und nach allgemeiner Betheiligung der Basalgefässe zuletzt auch noch die kleinsten Meningealgefässe ergriffen werden, während ein Befund, wie der erhobene, wo bei vollständiger Unversehrtheit der grossen Gefässstämme die Endästchen der Meningealgefässe gelitten haben, mehr für Syphilis spricht.

Die Veränderungen, welche nun durch diese Gefässentartung in der Hirnrinde aufgetreten sind, unterscheiden sich in ihrem anatomischen Character in nichts von denjenigen, die auf Grund von Arteriosclerose entstehen oder auf Grund einer anderen Erkrankung, welche das Gewebsleben irgendwie beeinträchtigt.

Die an Stelle der vollständig zu Grunde gegangenen Nerven- und Gliagewebe eingetretene Bindegewebsnarbe verdankt ihre Entstehung mitten im Hirngewebe den Gefässen, vielleicht auch den Leucocyten.

Erwähnenswerth ist noch die symmetrische Lage der Herde.

Fall II. Aphasie. Linksseitige Pupillenstarre, Zuckungen und Lähmung der rechten Seite, zuerst nur im Arm, und Anästhesien. Alcoholismus. Lues constitutionalis. Encephalitis corticalis.

In einem beschränkten Bezirk des Gehirns hatte die Lues zu Veränderungen geführt, zunächst hier die Meningen betheiligt, besonders die in den Meningen verlaufenden Gefässe und dann sich an den Gefässzügen in das Innere des Gehirns fortgesetzt. Das Gewebe der Hirnrinde hatte nun Veränderungen erlitten, in denen offenbar die Auswanderung von Leucocyten und die Festsetzung derselben überall im Gewebe die erste Rolle spielt. Für eine andere Art der Entstehung der Körnchenzellen findet sich kein Anhaltspunkt. Vorzugsstelle dieser Körnchenzellenanhäufung war auch hier wieder die Zone der kleinen und grossen Pyramidenzellen, also die Gegend, in der die kurzen Corticalgefässe endigen. Die Glia hatte nun gegen das kranke Agens in der Weise reagirt, dass sie gequollen war und die Gliakerne sich in Gliazellen verwandelt hatten, denen hier klumpige, eckige Form und die Vacuolenbildung eigenthümlich war.

Fall III. Dementia paralytica. Typischer klinischer Symptomencomplex. Beginn der Erkrankung 1891, Tod 1893. Meningitis und Periencephalitis. Besonders starke Veränderungen an der Basis der Hinterhaupt- und Temporallappen. Gummöse Geschwülste in den Gefässen der Pia am Gehirn und Rückenmark.

Bemerkenswerth ist der hohe Grad der Veränderung,

das herdförmige Auftreten derselben und die eigenthümliche Lage der Herde an der basalen Fläche des Hinterhaupt- und Schläfenlappens, ferner die Rundzelleninfiltration der Gefässe, die nicht allein in den Piagefässen des Cerebrum, sondern auch in den Gefässen der Rückenmarkshaut nachweisbar war und selbst da bestand, wo die Pia Theile bedeckte, welche keine Veränderungen der unter der Pia gelegenen Rinde erkennen liessen.

Verfasser schlägt vor, von der grossen Paralysegruppe die Pseudoparalysis luetica zu unterscheiden, die Fälle, in denen die Hirnveränderungen die Spuren eines erlittenen Hirntraumas an sich tragen, eine dritte Gruppe, bei denen die Arteriosclerose der Gefässe im Vordergrund steht und viertens die Paralysen mit congenitalen Abnormitäten des Gehirns.

(9). Die am meisten characteristischen Erscheinungen fehlten, so z. B. das eigenartige, pendelnde Zittern der Extremitäten und auch die characteristisch articulirte oder scandirte Sprache. Doch war aber schon bei Lebzeiten auf Grund der ursprünglich aufgetretenen Schmerzen und anderen subjectiven Empfindungen in verschiedenen Körpertheilen, der Existenz einer spastischen Paraplegie ohne Erscheinungen von Anästhesie, aber mit einer Affection der Beckenorgane, der hernach sich hierzu gesellenden Diplopie, der deutlich erschwerten Aussprache von Wörtern und des Auftretens apoplectiformer Anfälle im vorliegenden Falle eine multiple Affection des Nervensystems anzunehmen. Ferner erlaubte die hernach sich auf eine zeitweilige Besserung plötzlich einstellende Paraplegie, welche mit der Zeit sich wieder verringerte, und die in der letzten Krankheitsperiode sich hinzugesellende Lähmung der rechten Hand und darauf der Kaumuskeln und die Hemianopsie gar nicht zu zweifeln, dass es sich im gegebenen Falle nicht allein um eine multiple, sondern auch um eine progressiv fortschreitende Affection des Nervensystems handelte.

Die Untersuchung post mortem liess keinen Zweifel, dass im vorliegenden Falle es sich um eine multiple syphilitische Erkrankung des Nervensystems handelte. Hierfür sprach nicht allein das im linken Sehhügel angetroffene Gumma und die für Syphilis charactaristischen Affectionen der A. basilaris, des hinteren Verbindungszweiges vom Circ. arteriosus Willisii und der A. cerebelli ant. sup., sondern auch der histologische Bau der in so bedeutender Anzahl sowohl über das Rückenmark und die aus demselben tretenden Wurzeln, als auch über die verschiedenen Gebiete des Gehirns zerstreuten Herde.

Die eigenartige syphilitische Affection der Gefässwand stand in Beziehung zu den sclerotischen Herden, da die erstere für die Ursache der Entwicklung der letzteren anzusehen war. Im histologischen Bau der Herde bestand ein Unterschied im Vergleich zu dem Bau der Herde der gewöhnlichen insulären Sclerose. Die Herde waren hart anzufühlen, erreichten sogar knorpelige Härte und bestanden aus gewuchertem, festem Bindegewebe. Es waren secundäre Degenerationen im Rückenmark und im Gehirne vorhanden. Die ganze Krankheit kam in 1 Jahr 3 Monaten zum Abschluss.

Ein Vergleich mit den Fällen von Charcot, Gombault und Kahler zeigte, dass es sich um disseminirte Herde mit Neubildung handelt, welche an den Wurzeln, Hüllen und im Hirngewebe selbst, oder vorwiegend nur an irgend einem dieser Theile localisirt sein können, welche also als syphilitische disseminirte, cerebrospinale Sclerose zu bezeichnen sind.

Es gehören zu den Besonderheiten des erwähnten Falles und unterscheiden denselben von der gewöhnlichen disseminirten Sclerose: 1. die Abwesenheit solcher Hauptsymptome der disseminirten Sclerose wie der Nystagmus und das schwankende Zittern der Glieder; 2. die acute Entwicklung der Paraparese und Paraplegie in der Anfangsperiode der Krankheit; 3. das frühe Auftreten der Functionsstörungen der Beckenorgane, welche sich durch ausgesprochene Behinderung der Harnentleerung äussert; 4. das frühe Auftreten der verschiedenen Parästhesien und der neuralgischen Gefühle in den Extremitäten und am Rumpfe; 5. die locale Empfindlichkeit der Wirbelsäule gegen Percussion; 6. das frühe Auftreten paretischer Erscheinungen an den Augen; 7. der schubweise Verlauf der Krankheit mit schroffen Remissionen und Verschlimmerungen der Symptome; 8. die deutliche Besserung der Krankheit in Folge einer antisyphilitischen Behandlung; 9. die Schnelligkeit der Entwicklung der Symptome und der acute Verlauf der Krankheit und 10. die Syphilis in der Anamnese, unter den wichtigsten ätiologischen Momenten.

VI. Trauma.

1) Parcels, Walther H., Obscure traumatic lesions of the encephalon. Med. and surg. Rep. Aug. 22. — 2) Michel, E., Ein Beitrag zur Frage von der sogen. traumatischen Spätapoplexie. Wien. klin. Wochenschr. IX. 35.

VII. Hämorrhagie, Embolie, Thrombose, Encephalomalacie, Encephalitis, Abscess, Sclerose.

1) Haydon, T. H., Case of intracranial abscess, probably cerebellar, secondary to chronic suppurative otitis media; recovery. Brit. med. Journ. March 21. p. 726. — 2) Kidd, Cameron, Double cerebral abscess. Lancet. Jan. 11. p. 132. — 3) Manyan, F. M., Cerebral abscess; post-mortem appearence. Brit. med. Journ. Oct. 10. p. 1037. — 4) Mignon, A., Abcès cérébral d'origine otique. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIX. 1. p. 61. Jan. 1897. — 5) Schwartze, H., Otogener Cerebralabscess. Archiv für Ohrenheilk. u. s. w. XLI. 3. u. 4. S. 207. — 6) Treitel, Ueber Hirnabscesse nach Stirnhöhleneiterung. Deutsche med. Wochenschr. XXII. 47. — 7) Myles, Robert C., A case of otic brain abscess in a child 7 years old. Transact. of the Americ. otol. Soc. VI. 3. p. 304. — 8) Mills, Charles and Wm. G. Spiller, A case of cerebral abscess situated at the posterior part of the external capsule (involving the medullary substance of the first temporal convolution and part of the second, also the posterior part of the lenticular nucleus) with some considerations in regard to the constitution of the external bundle of fibres in the cerebral pe-

duncle. Journ. of nerv. and ment. Diss. XXI. 9. p. 622. Sept. — 9) Morf, J., Ein Fall von otit. Hirnabscess im Hinterhauptslappen. Zeitschr. f. Ohrenheilkunde. XXIX. 3. p. 191. — 10) Bloom, L. N., Brain abscess and pachymeningitis. Médicine. II. 12. p. 992. Dec. — 11) Borelius, Jacques, Fall af otitisk hjernabscess in lilla hjernan. Hygiea. LVIII. 9. s. 192. — 12) Oppenheim, Herm., Die Differentialdiagnose des Hirnabscesses. (Vortrag, gehalten auf der 68. Versamml. deutscher Naturforscher und Aerzte in Frankfurt a. M.) Berliner klin. Wochenschr. No. 45, d. 9. Novemb. 1896 und No. 46, d. 16. Novemb. 1896. — 13) Eskridge, J. T., Diagnosis of chronic abscess of the brain. Americ. Journ. Aug. (Kopfschmerzen sind das wichtigste Symptom. Der Sitz der Schmerzen entspricht nicht immer dem Sitz des Abscesses. Neuritis optica ist häufiger vorhanden als nicht, doch fehlen die starken Grade der Schwellung. Der Tod kann stattfinden durch Durchbruch des Abscesses in die Seitenventrikel oder auf die Oberfläche des Gehirns. In letzterem Falle entsteht eine cerebro-spinale Meningitis. Oedem und Erweichung der Gehirnsubstanz sind die Ursache des Todes in der einen Hälfte der Fälle. Im Stirnlappen entsteht eine Localisation der Symptome, wenn die Erkrankung auf die motorische Region übergreift. Wenn eine Pupille träge oder inactiv wird, so hat man es mit einem Abscess in dem hinteren Theil des Frontallappens zu thun. Dieselbe Erscheinung ist übrigens auch vorhanden bei Erkrankung des Temporo-sphenoidal-Lappens. Die Unterscheidung von anderen Krankheiten ist oft sehr schwierig. Verf. bringt einen Fall bei, der die Aehnlichkeit der Symptome einer Gehirnerweichung mit einem Gehirnabscess erweist.) — 14) Hori, M. und Hermann Schlesinger, Poliencephalitis superior hämorrhagica mit subacutem Verlaufe und dem Symptomencomplex der Pseudobulbärparalyse. (Arbeiten aus dem Institut für Anatomie und Physiologie des Centralnervensystems an der Wiener Universität. IV.) Leipzig und Wien. 8. 14 Ss. — 15) Vespa, Beniamino, Un caso di emiplegia consecutiva a febbre malarica grave. Bull. de la Soc. Lancis. XVI. 2. p. 68. — 16) Estor, Traitement de L'encéphalite aigue et des abcès du cerveau. Montpell. méd. 42. — 17) Higier, Eine Combination von Poliencephalomyelitis und puerperaler Polyneuritis. Wiener med. Presse. XXXVII. 34. 35. 36. 37. — 18) Dickinson, Vincent and S. Rusell Wells, On cerebellar softening in infants with clinical and pathological details of a case. Lancet. Aug. 22. — 19) Packard, Frederick A., Report of a case of imperfect closure of the auricular and ventricular septa, in a man dead at the age of 50 years from abscess of the brain. Med. News. LXIX. 9. p. 235. Aug. — 20) Schaeffer, Oskar, Ueber die Entstehung der Porencephalie und der Hydranencephalie auf Grund entwicklungsgeschichtlicher Studien. Virchow's Archiv. XLIV. 3. p. 481. — 21) Salisbury, C. R., A case of fatal cerebral haemorrhage in a young adult. Brit. Med. Journ. Dec. 19. — 22) Tedeschi, Alessandro, Un caso di porencefalia. Gazz. degli Osped. XVII. 53. — 23) Mettetal, Idiotie symptomatique d'atrophie cérébrale; pachyméningite; kyste de la dure-mère. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 16. p. 535. Juillet. — 24) Eskridge, J. T., Traumatic hemorrhage in the centrum ovale beneath the left angular gyrus. (Amer.) Med. News. June 6. — 25) Brissaud, Diagnostic de porencéphalie probable. Semaine méd. XVI. 5. — 26) Beyer, Ernst, Zur Lehre von der Porencephalie. Neurolog. Centralbl. XV. 18. — 28) König, Wilhelm, Ueber das Verhalten der Hirnnerven bei den cerebralen Kinderlähmungen nebst einigen Bemerkungen über die bei den letzteren zu beobachtenden Formen von Pseudobulbärparalyse. Zeitschr. für klin. Medicin. 30. Bd. Heft 3 u. 4. — 29) Blumer, Exhibition of a case of Hemiplegia with Motor Aphasia, occurring in a Patient convalescing from Typhoid Fever. John Hopkins Hospital-Bulletin. No. 61. April. (Dr. Taylor bringt dazu zwei weitere Fälle bei.) — 30) Pick, A., Notiz zur Prognose der acuten Hirnerweichung. Prager medicin. Wochenschrift. No. 38. (In Folge einer am 24. December erfolgten Compression der linken Carotis interna trat am 28. December complete motorische Aphasie ein mit geringer Betheiligung des Sprachverständnisses und ferner eine schon am folgenden Tage complet werdende rechtsseitige Hemiplegie. Am 2. Januar Anfälle, die als Jackson'sche Epilepsie gedeutet werden dürfen. Am 6. Januar zunehmende Beweglichkeit der rechten Extremitäten, am 13. Januar die ersten willkürlich geäusserten Worte, an die sich eine ziemlich rasch sich vollziehende gelegentlich durch einen Rückfall unterbrochene Wiederherstellung der Sprache anschliesst. Verf. nimmt an, dass die Compression der Art. carotis interna nicht zur völligen Aufhebung der Circulation in der Art. cerebri med. durch den sich bildenden Thrombus geführt, diese vielmehr noch so weit erhalten blieb, dass wohl völlige Aufhebung der Functionen eintrat, aber bei noch soweit erhaltener Ernährung der in Frage kommenden nervösen Elemente nicht zur Erweichung und Degeneration derselben kam. Ein durch 10 Tage andauerndes und completes Herdsymptom lässt nicht mit Sicherheit auf den schon erfolgten Eintritt von Erweichungen schliessen.) — 31) Bourneville, Sclérose cérébrale hypertrophique ou tubéreuse, compliquée de méningite. Progrès méd. 3. Série. T. 3. No. 9. Febr. (Vater Trinker, syphilitisch, an allgemeiner Paralyse gestorben. Grossmutter väterlicherseits war geisteskrank. Mutter sehr nervös, syphilitisch. Urgrossvater mütterlicherseits war Trinker. Zwei Onkel mütterseits an Gehirnerweichung gestorben. Schwestern sehr nervös. Schwangerschaft fällt während einer syphilitischen Eruption. Psychische Aufregung während der Schwangerschaft. Die ersten Zeichen der Idiotie im 3. Monat. Sprechenlernen erst im 33. Monat. Zu derselben Zeit Laufenlernen. Im 8. Monat Convulsionen. Cronomanie. Zähnekuirschen. Bei der Autopsie wurde eine hypertrophische respective tuberöse Sclerose gefunden, ferner tuberculöse Granulationen in der Lunge. Die Pia mater liess sich über den sclerotischen Partien leicht abziehen. Die Meningo-Encephalitis war sehr ausgebreitet. Bei der histologischen Untersuchung fehlten in den sclerotischen Partien die Nervenelemente vollständig. Dafür war ein ausserordentlich dichtes Glianetz vorhanden. Die Kerne waren nicht sehr zahlreich darin. Einige zeigten lange Fortsätze und waren den Spinnenzellen gleich. An der Wandung der Ventrikel haben sich keine Veränderungen gefunden. — 32) Tomlinson, H. A. und G. A. Chilgren, The clinical history and post-mortem appearance of a case of cortical embolus (red softening.) Medical record. August 1. — 33) Thoma, E., Ein Fall v. Hirnatrophie mit localer Encephalitis. Ein Beitrag zur Casuistik. Ztschr. f. Psych. LII. 6. — 34) Köppen, M., Beiträge zum Studium der Hirnrindenerkrankungen. Abschn. II. Congenitale Microgyrie durch diffuse Sclerose bei einem epileptischen Idioten. Arch. f. Psychiatrie. Bd. XXVIII. Heft 3.

Oppenheim (12) beschränkt seine Betrachtungen vorwiegend auf die Hirnabscesse traumatischer und otitischer Aetiologie und macht auf folgende diagnostisch wichtigen Punkte aufmerksam:

Die traumatische Hirnblutung kann nach Entwicklung und Verlauf das Bild des acuten Hirnabscesses vortäuschen.

Weit grösser ist die Zahl der Fälle, in denen die

Diagnose zwischen traumatischer Meningealapoplexie mit Narben- und Cystenbildung und traumatischem Spätabcess schwankt.

Auch die nicht eitrige Encephalitis, die functionellen Neurosen traumatischen Ursprungs und die von Friedmann abgegrenzte Gruppe mit feinen Veränderungen am Hirngefässapparat können das Bild des traumatischen Hirnabscesses vorspiegeln.

Die Diagnose der otitischen Hirnabscesse wird besonders erschwert durch die anderweitigen cerebralen Complicationen der Ohreiterung. Von den zahlreichen Täuschungen, die hier möglich sind, ist Folgendes hervorzuheben:

Die circumscripte eiterige Meningitis kann einen Hirnabscess vortäuschen, und andererseits kann eine ausgebreitete Meningitis purulenta symptomlos verlaufen und kann verkannt werden da, wo sie neben dem Hirnabscess vorkommt. Verf. führt Beispiele dafür an. — Die otitische Meningitis kann sich geradezu auf die spinalen Meningen beschränken. Man wird also andrerseits aus den Symptomen einer spinalen Meningitis nicht ohne Weiteres auf eine universelle Cerebrospinalmeningitis schliessen dürfen.

Die Diagnose der Hirnabscesse muss auch in Fällen gestellt werden, in denen Temperatursteigerung zu keiner Zeit der ärztlichen Beobachtung constatirt wurde. Anhaltende bedeutende Temperatursteigerung macht das Vorhandensein entweder überhaupt eines Abscesses oder eines uncomplicirten Hirnabscesses unwahrscheinlich.

Die Pulsverlangsamung ist eines der wichtigsten Zeichen des Hirnabscesses.

Die hämorrhagische Encephalitis kann ein Ohrleiden vortäuschen. Dafür führt der Verfasser zwei Fälle als Beispiel an. Im zweiten Falle war das Ohrleiden auf der rechten Seite localisirt, während die Hirnherderkrankung die linke Hemisphäre betroffen hatte. Aus dieser Localisation wurde das Vorhandensein der Encephalitis geschlossen, was auch der weitere Verlauf des Falles bestätigte.

Verf. geht in seinen Betrachtungen von 35 Beobachtungen aus. Die Diagnose Hirnabscess wurde in 14 Fällen gestellt, in 3 weiteren fand sich statt des erwarteten Eiterherdes 1 mal Meningitis purulenta, 1 mal Meningitis tuberculosa und 1 mal eine uncomplicirte Otitis. In 18 Fällen, in denen sich Verf. gegen die Annahme eines Hirnabscesses aussprach, hat es sich 4 mal um Encephalitis non purulenta, 1 mal um Hirntumor, 3 mal um extradurale Eiterung mit Sinusthrombose, 3 mal um uncomplicirte Otitis, 1 mal um Otitis mit Arteriosclerose, 1 mal um Folge einer Aufmeisselung des Warzenfortsatzes, 2 mal um Hysterie gehandelt.

In 5 von den positiven Fällen schien die Trepanation bezw. Aufmeisselung indicirt zu sein. In zweien derselben wurde der Abscess nicht erreicht, in 3 Fällen wurde der Hirnabscess gefunden und die Operation war erfolgreich. Die beiden anderen gingen zu Grunde und zwar beide an einer Meningitis.

König (28) fand 37 Fälle, in denen der Facialis und Hypoglossus afficirt waren. In 4 zur anatomischen Untersuchung gekommenen Fällen war der der Facialisparese gegenüberliegende Thalamus betheiligt. Im 5. Fall war die mimische Parese durch die Rindenaffection entstanden. Leichte Störungen im Gebiet des motorischen Quintus wurden beobachtet, die dadurch zu Tage traten, dass beim Oeffnen des Mundes eine kräftige seitliche Verschiebung des Unterkiefers nach der hemiplegischen Seite hin stattfand, in Folge des Ueberwiegens der Pterygoidei der gesunden Seite.

Die Betheiligung des dritten Nerven ist zwar nicht sehr häufig, aber doch nicht gerade so selten, als es nach den bisherigen Publicationen den Anschein haben könnte, und zwar gilt dies hauptsächlich von den inneren Aesten.

König beobachtete 6 Fälle mit abnormer Pupillenreaction, von diesen 3 mit Sectionsbefund, und zwar fand sich Leptomeningitis chronica, Hydrocephalus internus, Ependymitis; 2 Fälle waren durch circumscripte Herderkrankungen complicirt. Im Falle 6 zeigten sich die Fasern der Hirnrinde, sowie das Fasernetz des centralen Höhlengraues vollkommen intact; auch die Gefässe der grauen und weissen Substanz zeigten sich nirgends verändert. Einseitige Abducensparese fand Verf. 3 mal, doppelseitige 5 mal.

In Betreff des Opticus ist Folgendes zu erwähnen:

1. Die Opticusatrophie kommt häufiger doppelseitig vor als einseitig.

2. Eine besondere pathologische Schädelform findet sich, wie schon Manz hervorhebt, nicht bevorzugt; man sieht im Gegentheil die Opticusatrophie relativ oft bei vollkommen normalem Schädel.

3. Die zur Opticusatrophie führende Primäraffection kann zu gleicher Zeit mit acuten Hirnerscheinungen auftreten und es lässt sich die Möglichkeit durchaus nicht in Abrede stellen, dass die Opticuserkrankung durch diese centrale Erkrankung mit veranlasst wird.

4. Diese centrale Erkrankung, welche eventuell die Sehnerventzündung mit verursacht, kann sowohl fötalen Ursprungs sein, als auch — was häufiger zu sein scheint — extrauterin einsetzen.

In Betreff der bei den cerebralen Kinderlähmungen zu beobachtenden Formen von Pseudobulbärparalyse kommt Verf. zu folgenden Sätzen:

1. Unter den klinisch atypischen Formen der cerebralen Diplegie giebt es einzelne Fälle, die sich durch das besonders prägnante Hervortreten des bulbären Symptomencomplexes auszeichnen, und die man als die „pseudobulbäre Form der cerebralen Kinderlähmung" oder, nach Oppenheim, als die „Infantile Form der Pseudobulbärparalyse" bezeichnen kann.

2. Ausser dieser classischen Form giebt es noch „formes frustes", welche sich durch das Fehlen oder durch nur geringes Hervortreten der Schluckstörung characterisiren.

3. Besonders in derartigen Fällen ist bei der Beurtheilung der Sprachstörung Vorsicht geboten, da eine leicht näselnde Sprache die Folge noch vorhandener oder früher dagewesener adenoider Wucherungen im hintern Nasenrachenraum sein oder — noch häufiger —

durch eine allgemeine Schlaffheit der gesammten Musculatur, an der auch das Gaumensegel sich betheiligt, zu Stande kommen kann.

4. Es giebt eine Reihe von Fällen, in denen die Sprache, abgesehen von der Nasalität, eine so characteristische Störung zeigt, dass diese nur als eine central bedingte aufgefasst werden darf.

5. Die Frage, ob und inwieweit sich die typische Form von den „formes frustes" anatomisch unterscheiden lässt, und ob das geringere Ausgesprochensein bezw. Fehlen der Schluckstörung durch Differenzen in der Localisation der Gehirnerkrankung zu erklären ist, lässt sich zur Zeit noch nicht beantworten.

(32). Die Krankheit begann mit Kopfschmerzen und allgemeiner Depression. In der weiteren Entwickelung der Krankheit zunehmender Verfall der geistigen Kräfte, spastische Lähmung der rechtsseitigen Extremitäten und choreaartige Zuckungen in der linken Seite, Ungleichheit der Pupillen und Verlangsamung ihrer Lichtreaction. Bei der Gehirnsection fand sich die Dura mater verdickt, die Insula Reilii geschrumpft und freiliegend, der Balken war kurz, auch die Windungen der Convexität waren geschrumpft, die Sulci klaffend. Das Studium der Ganglienzellen mit Hülfe der Golgi'schen und Nissl'schen Methode liess nun deutliche Veränderungen erkennen, wie Anschwellungen der Dendriten, Vacuolisirung des Zellenleibes, starke Färbung des Kerns, Abblassung des Kernkörperchens u. a. Die Gefässe erschienen steif, verengt und befanden sich in einem thrombotischen Zustand (thrombotic condition).

(33). 1884 Erkrankung an Puerperalfieber. 1889 Schwermuth. Unnöthige Ausgaben. Tremor linguae. Auf dem Os parietale dextrum eine markstückgrosse schmerzhafte Impression, die von einem Sturz herrührte, den Patientin als 3jähriges Kind durchgemacht hatte. Ende Juli 1892 clonische Krämpfe an der ganzen rechten Seite, die Bulbi nach rechts oben gekehrt. Danach Lähmung des rechten Armes und rechten Beines. Häufig Wiederholung der Zuckungen, zuweilen nur kurz und tremorartig. Amaurose. Sensibilität rechts herabgesetzt. Amnestische Sprachstörungen. Der Tod trat im October 1893 ein.

Pia stark hyperämisch. Linkerseits an der Austrittsstelle der dritten Frontalwindung aus der vorderen Centralwindung war der Sulcus in der Grösse eines Zwanzigpfennigstücks trichterartig vertieft. Die Pia zeigte in der Umgebung dieser Stelle eine umschriebene weisse Verdickung. An der Stelle, die unter dem Schädeldefect und der usurirten Partie lag, fehlte die Rinde zum Theil. An der entsprechenden Stelle der linken Hemisphäre zeigte sich eine thalergrosse stark atrophische Stelle in der hinteren Centralwindung.

Die Untersuchung einzelner Partien der Frontal-, Central- und Occipitalwindungen ergaben das Bild einer Atrophie in allen Schichten der Rinde. Starke Vermehrung von Zellkernen. Regressive Veränderungen der nervösen Elemente. Markscheiden in starken Tangentialfasern nur noch in Spuren übrig.

Hervorzuheben ist, dass in dem klinischen Bild, welches im Allgemeinen der progressiven Paralyse sehr nahe kommt, Pupillenstarre und -Differenz, sowie die motorische Sprachstörung fehlten. Verf. möchte die Erscheinung als chronische Meningoencephalitis oder Meningoencephalitis atrophicans bezeichnen, resp. als „subcutane nicht eitrige Encephalitis". Verf. meint, dass das in der Jugend erlittene Trauma und der daraus entstandene sehr erhebliche Schädeldefect die Veranlassung zu der Erkrankung abgegeben haben. Das Trauma habe eine Disposition zu der Encephalitis herbeigeführt.

(34). Seit der Geburt Krämpfe, geringe geistige Entwickelung. In Pausen von einem Jahr auftretende Schwäche aller vier Extremitäten. Obductionsbefund: Symmetrische Microgyrie, besonders in Parieto-occipital-Windungen. Bindegewebige und gliöse Sclerose in den atrophischen Windungen.

Es hat sich hier um einen krankhaften Process gehandelt, der in den Meningen, besonders in den Gehirnfurchen seine Ausbreitung fand und von da aus auch auf die Rinde übergegriffen hat. Die Verdickung der Meningen, die starrwandigen Gefässe, die Verklebungen der Meningen mit der Hirnrinde lieferten den Beweis für die abgelaufene Meningitis. An der Hand der Säurefuchsin-Pikrinsäurefärbung konnte man sich dann im einzelnen orientiren über die Veränderungen, welche der vor mehr als 12 Jahren abgelaufene Process zurückgelassen hatte. Man fand die Stellen einer ehemals starken Vascularisation und Erweichung der Umgebung durch Körnchenzellen da, wo starke Bindegewebszüge durch Hohlräume der Rinde ziehen, und man sah einen Umwandlungsprocess der Glia, der in dem Gliagewebe ganz ungewöhnliche Formationen hervorgebracht hatte.

Das Nervengewebe hat, soweit es erhalten ist — man konnte vielfach eine Unversehrtheit des Nervengewebes in den sclerotischen Partien feststellen — durch die Schrumpfungen, Verwerfungen und Verschiebungen erlitten, die normale Lagerung dieser Elemente ist gestört. Sie sind an einzelnen Stellen zusammengeschoben und aus ihrer normalen Richtung gerückt, was zu den sonderbarsten Bildern Veranlassung giebt und vielfach den Eindruck einer Vermehrung von Ganglienzellen und Nervenfasern erweckt.

Die durch den Hydrocephalus entstandene abnorme Ventrikelerweiterung hat man wohl als einen Folgezustand der Meningitis aufzufassen.

Verf. hebt hervor, wie verderblich der Begriff von der Entwickelungshemmung für das Studium der congenitalen Veränderungen gewesen ist. Es sei Aufgabe des Forschers, die Ursache der Störung ausfindig zu machen, die so schädigend auf das Wachsthum eingewirkt hat. Entwickelung dürfe nicht gleichwerthig als ätiologisches Moment genannt werden neben Trauma, Syphilis oder anderen Ursachen, denn sie sei eben vielfach ein Folgezustand solcher Schädlichkeiten. Ein grosser Theil der als Entwickelungshemmung beschriebenen Veränderungen sei durch pathologische Veränderungen hervorgerufen.

In den Fällen von tuberöser Sclerose scheint sich

die Glia activer betheiligt zu haben und das auf diese Weise entstehende Endproduct ist dann von dem vom Verf. beschriebenen so verschieden, wie das Keloid von der Narbe.

Die Unregelmässigkeit in der Anordnung von Nervenfasern und Ganglienzellen legt stets die Vermuthung nahe, dass ein pathalogischer Process vorgelegen hat.

VIII. Pathologie einzelner Hirnbezirke.

1) Dana, Haemorrhage into the pons Varolii and opium poisoning. Post-Graduate. XI. 7. p. 320. — 2) Hoesslin, Rud. v., Subcorticaler Tumor des rechten Centrum semiovale. Complete linksseitige motorische Lähmung. Münch. med. Wochenschr. 14. (Schwindelanfälle. Schwäche der linken Seite. Thrombose der Vena poplitea. Convulsionen im linken Arm und linken Bein, die sich wiederholten und auch das Facialisgebiet ergriffen. Complete linksseitige Paralyse. Es wurde eine Thrombose der Gefässe im Gebiet der rechten Centralwindungen im Anschluss an eine Erweichung angenommen. Es fand sich ein Spindelzellensarcom im rechten Centrum semiovale.) — 3) Picot et J. Hobbs, Sur un cas de paralysie labioglossolaryngée. Gaz. des Hôp. 112. — 4) Muratow, W., Zur patholog. Physiologie und Differentialdiagnose der corticalen Epilepsie. Med. Obos. 1. — Petersb. med. Wochenschr. Russ. med. Lit. 3. — 5) Vetter, A., Ueber die feineren Localisationen in der Capsula interna des Grosshirns nach experimentellen und klinischen Ergebnissen. [v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. N. F. 165. Innere Med. 51.] Leipzig. Lex.-8. 26 Ss. — 6) Williamson, R. T., On the symptomatology of gross lesions [tumours and abscesses] involving the praefrontal region of the brain. Brain XIX. p. 344. 2. 3. (Aus 5 selbst berichteten und 50 aus der Literatur gesammelten Fällen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Kopfschmerzen im Vorderhaupt sind häufig, dieselben können auch im Hinterhaupt localisirt sein. Nur in 7 Fällen wird über den Verlust des Geruches berichtet. Der Tumor sass dann in der Basalregion des Olfactorius. Motorische Symptome kamen vor, wenn die Geschwulst in die Nähe der motorischen Region kam. Unsicherheit des Ganges war in 14 Fällen vorhanden. In 6 Fällen wurde nur Abwesenheit der Kniephämone constatirt. Die Betrachtung der Fälle hat keine sicheren Beweise erbracht dafür, dass der Jastrowitz'sche Symptomencomplex besonders häufig bei Stirnhirntumoren beobachtet wird. Verf. kommt dann zu folgenden Schlusssätzen: Geistige Störungen stehen sehr im Vordergrunde. Lähmungen treten in einer späteren Periode auf. Empfindlichkeit gegen Percussion ist von einem geringeren Werth. In einigen Fällen ist die Neuritis optica unilateral localisirt. Schwellung in der Hirnregion, unilateraler Exophthalmus und Verlust des Geruches sind selten.) — 7) Boedeker, J., Anatomischer Befund bei einem Falle von chronischer nuclearer Augenmuskellähmung. (Beitrag zur Kenntniss von der Lage des Trochleariskerns.) Archiv f. Psych. Bd. XXVIII. H. 1. (Durch Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen characterisirte mit fortschreitender Demenz einhergehende Psychose. Circa 11 bis 12 Jahre ante mortem Auftreten linksseitiger completer Oculomotoriuslähmung, gleichzeitig Amblyopie, später Amaurose des linken Auges [Atrophia nervi optici]. Rechts lediglich Pupillenstarre bei Lichteinfall und Convergenzbewegung. Augenbewegungen sonst frei. Section: Degeneration des peripherischen linken Nervus oculomotorius, der beiderseitigen Oculomotorius-Zellenmassen, -Wurzeln und -Faserbündel [rechts weniger intensiv als links]. Trochleariskern völlig intact.) — 8) Laehr, M., Zur Symptomatologie occipitaler Herderkrankungen. Charité-Annal. XXI. S. 790. (L. beschreibt zwei klinisch beobachtete Fälle von dauernder incompleter, bilateraler, homonymer Hemianopsie. Der Gesichtsfelddefect liegt bei beiden vorwiegend im linken oberen Quadranten, bei einem hatte er sich im Laufe eines Jahres so weit zurückgebildet, dass hier einfache Lichtreize wieder empfunden wurden, während sich die Farbenperception dauernd aufgehoben zeigte. Bei beiden wurde die Diagnose auf einen umschriebenen Krankheitsherd im Occipitallappen durch interessante Nebenerscheinungen gestützt. Der eine Kranke litt in der ersten Woche nach dem plötzlichen Eintritt der Sehstörung an einseitigen, in den Gesichtsfelddefect fallenden, Gesichtshallucinationen (graugefärbte Menschen und Thiere, deren oberer Theil im Gegensatz zum unteren undeutlich war), bei dem anderen bestanden längere Zeit neben leichten acustischen Reizphänomenen [Hören von Glockenläuten u. s. w.] sehr ausgesprochene Störungen des optischen Gedächtnisses und Erscheinungen von Seelenblindheit.)

1. Medulla oblongata und Brücke.

1) Finlayson, Tumour of the pons. Glasgow med. Journ. XLVI. 3. p. 212. Sept. — 2) Cassirer, Richard und Arthur Schiff, Beiträge zur Pathologie d. chron. Bulbärerkrankungen. (Arb. a. d. Inst. f. Anatomie und Physiologie d. Centralnervensystems a. d. Wiener Univers. Herausgeg. von Heinrich Obersteiner. IV. Heft.) Leipzig u. Wien. 8. 143 Ss. — Guiffrè, L., Rammollimento bulbare per trombosi della vertebrale sinistra con emiparesi ed emianestesia incrociata. Arch. ital. di Clin. med. XXXV. 1. p. 86. — 4) Koshewnikow, A., Ueber asthen. Bulbärparalyse. Med. Obosr. 10. Petersb. med. Wchschr. Russ. med. Lit. 8. — 5) Hoffmann, J., Chron. progress. Bulbärparalyse. Ztschr. f. Nervenh. IX. 3. — 6) Hofmann, Ein Fall von Ponstumor. Virchow's Arch. CXLVI. 3. p. 509. — 7) Holstein, V. de, La paralysie bulbaire asthénique ou „syndrome d'Erb.“ Semaine méd. XVI. 6. — 8) Murawieff, W., 2 Fälle von Polioencephalitis acuta haemorrhagica superior (Wernicke). Neurol. Centr.-Bl. XVI. 2. 3. 1897. — 9) Ordt, M. J. F. E. van, Beitrag zur Lehre von d. apoplectiformen Bulbärparalyse mit besond. Berücksichtigung d. Schlinglähmung u. d. Hemianästhesie im Anschluss an einen durch Hinterstrangsclerose complicirten Krankheitsfall. Dtsche. Ztschr. f. Nervenheilkde. VIII. 3 u. 4. p. 183. — 10) Silbermark, M., Ein Fall von asthen. Bulbärparalyse. (Typus Erb-Goldflam). Wien. klin. Rundschau. X. 45. 46. — 11) Collins, Joseph, The clinical diagnosis of vascular lesions in the ponto-bulbar region. New York med. Record. XLIX. 20. p. 685. May.

(11). Fall I. Syphilitische Infection vor 16 Jahren. Schwindel und Schwäche der linken Seite. Doppeltsehen. Schwierigkeit der Sprache. Unvermögen Flüssigkeiten zu schlucken. Die Sprachstörung bildete sich immer mehr als eine Dysarthria aus. Im weiteren Verlauf wurde der Gang sehr unsicher. Es entstand eine Analgesie und Thermo-Anästhesie der rechten Körperseite und linken Gesichts- und Kopfseite. Eine Lähmung des Rectus externus des linken Auges, eine homonyme Diplopie in allen Entfernungen, eine Lähmung des Rectus superior desselben Auges kamen dazu. Im Verlauf der Beobachtung zeigte sich auch ein Zucken des linken unteren Lides und des unteren Gesichtes. Atactische Parese der rechten Hälfte des Körpers, mehr in den oberen als in den unteren Extremitäten. Verminderung des Gehörs im linken Ohr.

Verf. localisirt die Erkrankung in die Brücke in

der Höhe des mittelsten Drittels unter dem Punkte, wo sich die aufsteigenden und absteigenden Wurzeln des fünften Nerven vereinigen. Die Läsion muss dorsal von den Pyramiden liegen und einige Fasern der Schleife in sich begreifen. Der 6., 8. und 9. Nerv müssen mit inbegriffen sein, ebenso der 7.

Fall II. Zuckungen in der rechten Seite des Facialis. Allmälig zunehmende Dysarthrie. Unbeweglichkeit der rechten Seite des Gesichts. Schwäche in der linken Körperseite. Rückgang dieser Symptome. Dann plötzlich Dysarthrie, keine Sensibilitätsstörungen, halbseitige Lähmung der linken Seite, verstärkter Sehnenreflex der linken Seite, Anästhesie des Schlundes, der Mandel, des Pharynx, theilweise Lähmung des Kehlkopfes, unwillkürliches Lachen, Atrophie der Zungenmusculatur.

Die Affection muss den 9., 10. und 12. Nervenkern ergriffen haben.

Fall III. Beginn während einer acuten Krankheit. Schluckbeschwerden. Phonations- und Articulations-Beschwerden. Regurgitation der Flüssigkeiten durch die Nase. Mangel an Fähigkeit, die Muskeln zu gebrauchen, welche nicht gelähmt waren.

Die Symptome blieben 2 Jahre stationär. Nur die Kerne des Glosso-pharyngeus und Pneumogastricus scheinen ergriffen zu sein.

2. Kleinhirn.

1) Bruns, Ludw., Klinische Erfahrungen über die Functionen des Kleinhirns. Wien. klin. Rundschau. X. S. 49—52. — 2) Collins, Joseph, Atypical hereditary cerebellar ataxia. Journ. of nerv. and ment. dis. XX. 12. p. 788. Dec. 1895. — 3) Lepine, R., Hémorrhagie cérébelleuse. Lyon méd. LXXXII. p. 114. Mai. Mangel an Gleichgewicht. Anhaltende Ataxie am linken Arm. Bei der Autopsie fand sich eine enorme Hämorrhagie, welche einen grossen Theil der cerebralen Hemisphäre zerstört hatte. In der linken Kleinhirn-Hemisphäre fand sich eine Hämorrhagie, welche den grössten Theil des unteren Wurmes betroffen hatte.) — 4) Musmeci, Nicola, Un caso di atassia cerebellare da probabile causa reumatizzante. Gazz. degli Osped. XVII. 57. — 5) Donath, Julius, Ein Fall von Kleinhirnerkrankung mit Obductionsbefund. Wiener med. Wochenschr. No. 29 u. 30. Juli. — 6) Redlich, Emil, Demonstration microscopischer Präparate eines Falles von diffuser Kleinhirnsclerose. Wien. klin. Wochenschr. No. 28.

(5). 19 Jahre alter Heizer bekam vor 2 Jahren als Schmiedelehrling vom Gesellen eine Ohrfeige, worauf er vom Gesellen noch dreimal im Kreise herumgedreht wurde. Dadurch wurde er schwindlig und stürzte bewusstlos zusammen. In der Folge traten Erbrechen, Schwindelanfälle und Kopfschmerzen ein. Bei der Arbeit wurde er immer ungeschickter, durfte sich nicht bücken, weil er sonst gleich Schwindel bekam.

Auffallend breitbeiniger, unsicherer Gang. Kniephänomene prompt. Bauchreflexe nicht auszulösen. Zittern der Hände (der rechten stärker als der linken). Gehör beiderseits herabgesetzt. Geistige Abnahme. Sprache scandirend. Schliesslich kam zu den besprochenen Erscheinungen eine ausgesprochene Ataxie der Oberextremitäten. Auf beiden Augen gleich stark horizontaler Nystagmus. Der Kopf wackelt ein wenig.

Es wurde im Wurm des Kleinhirns ein Medullarsarcom gefunden, welches den Wurm zerstört hatte.

(6). Der betreffende Kranke hat seit Jahren Erscheinungen einer Kleinhirnaffection dargeboten. Macroscopisch fand sich eine diffuse Sclerose des ganzen Kleinhirns; microscopisch: die Marksubstanz deutlich sclerotisch, starke Anhäufung von gewucherter Glia. Verdickung der Gefässe. Das feine Fasernetz um die Purkinje'schen Zellen war relativ intact geblieben. Dagegen fanden sich intensive Veränderungen in den Purkinje'schen Zellen. Die grauen Massen des Kleinhirns, Corpus dentat., Nucleus tecti waren nahezu intact. Degeneration in dem Seitenstrangreste, resp. Seitenstrangkerne. Pyramiden etwas blässer. Schleifenkreuzung und Hinterstrangkern normal. Oliven im Ganzen verkleinert. Es fehlten die in den Hilus eintretenden Faserzüge, die ventralen Antheile der Fibrae arcuat. intern. Das Corpus restiforme war in seinem centralen Theile intact, während der peripherische Abschnitt hochgradig degenerirt erschien. Der Deiters'sche Kern war leicht verändert, der ventrale Antheil der Brücke stark verschmälert, auch das feine Fasernetz der Brückenkerne, sowie die Zellen derselben hochgradig verändert.

Deutliche Aufhellung im Pyramidenseitenstrang bis zum Lendenmark.

Die Veränderungen des Kleinhirns stellen das Primäre des Processes dar, während die Veränderungen der Medulla oblongata und der Brücke secundärer Natur sind.

Es war also die cerebellare Olivarbahn degenerirt. Da die Zellen der Olive trotzdem intact waren, handelt es sich wahrscheinlich um cerebellofugale aus den Purkinje'schen Zellen stammende Fasern.

IX. Therapie.

1) Dignat, P., De l'intervention thérapeutique dans l'hémiplégie d'origine cérébrale. Bull. de Thér. CXXXI. 7. p. 289. Oct. 15. — 2) Levy, Benno, Die Behandlung der Kopfschmerzen mit Methylenblau. Berl. klin. Wochenschr. No. 45 u. 47. 9. Novbr. (Verfasser empfiehlt das Mittel ausserordentlich, besonders bei Migräne; glaubt, dass bei Anwendung desselben die Anfälle seltener werden.) — 3) Galliard, L., Traitement de certaines céphalées rebelles par le calomel. Gaz. hebdom. No. 21. März. — 4) Schindler, C., Zur Behandlung von Kopfschmerzen mit Methylenblau. Berl. klin. Wochenschr. No. 46. 16. Nov. — 5) Maurange, M. G., Effects de la tuberculine dans un cas méningite tuberculeuse. Gaz. hebdom. No. 89. 5. Nov. (An den Meningen erhält sich die tuberculöse Infection besonders rein und an ihnen kann sich daher die Wirkung des Tuberculins am besten bethätigen. Verf. wandte daher die Tuberculin-Injection bei tuberculösen Meningitiden an. Er berichtet über einen Fall, wo nach Einspritzung die Lähmungserscheinungen verschwanden, das Bewusstsein zurückkehrte. Der Kranke ging aber im weiteren Verlaufe an einem entzündlichen Tumor auf der linken Hälfte zu Grunde. Section fehlt.) — 6) von Beck, Ueber Punction der Gehirnseitenventrikel. (Vortrag, gehalten im naturhist.-med. Verein Heidelberg.) Münch. med. Wochenschr. 10. März.

von Beck (6) stellte 3 Fälle von Gehirnaffec-

tionen vor, die mit Vermehrung des Hirndruckes einhergingen, und bei denen erfolgreich die Ventrikelpunction ausgeführt worden war. Im Anschlusse an die Besprechung dieser Fälle hob der Verf. hervor: Bei den Herdläsionen, deren Sitz durch Mangel an Herdsymptomen unbekannt bleibt, oder deren diagnosticirte Lage unzugänglich ist, oder zur Entfernung ungeeignete Beschaffenheit zeigen und so zu chronischem Hydrocephalus internus führen, sowie bei den diffusen Erkrankungen des Gehirns mit rascher und starker Exsudation von Liqu. cerebrospinalis in die Gehirnventrikel, den Meningitiden, ist, da das primäre Leiden unantastbar bleibt, das pathologische Product, der Hydrops der Ventrikel, durch die Punction der Seitenventrikel des Gehirns zu beseitigen. Die Trepanation ist, wenn möglich, auf osteoplastischem Wege auszuführen. An dem Knochenlappenrand wird in der Nähe der Gehirnpunctionsstelle eine kleine Lücke ausgebrochen zur eventuellen Vornahme später wieder nöthig werdender Gehirnpunctionen durch die Kopfhaut hindurch. — Die Ventrikelpunction findet an einer centrenfreien, möglichst gefässarmen Stelle der Gehirnoberfläche statt. — Die öfters bei Wiederauftreten der Hirndrucksymptome zu wiederholende Ventrikelpunction ist der Drainage der Ventrikel vorzuziehen, da diese letztere grössere Infectionsgefahr für das Gehirn in sich schliesst. — Die Gehirnventrikelpunction ist bei weitem der Quincke'schen Lumbalpunction des Rückenmarkduralsackes überlegen. — Durch die Ventrikelpunction werden die lebensbedrohenden Hirndruckwirkungen sofort beseitigt, bei Hirntumoren durch wiederholte Punctionen die Beschwerden des Leidens bei Wiederauftreten von Hirndrucksymptomen wesentlich gemildert. Bei entzündlichem Hydrops des Ventrikels kann die Punction durch Schaffung normaler Circulationsverhältnisse zur Rückbildung des Entzündungsprocesses und so zur Heilung des Kranken führen

---

Krankheiten des Nervensystems.

III.

Erkrankungen des Rückenmarks, der peripherischen Nerven und der Muskeln

bearbeitet von

Geh. Med.-Rath Prof. Dr. v. LEYDEN, Prof. Dr. GOLDSCHEIDER und Dr. PAUL JACOB in Berlin.

I. Erkrankungen des Rückenmarks.

1. Allgemeines.

1) Bischoff, E., Das Verhalten der Sehnenreflexe bei Querschnittsmyelitis. S.-A. Wien. klin. Wochenschr. No. 40. (Rein theoretische Arbeit.) — 2) Cérenville, E. de und H. Stilling, Alcoolisme; Résection du genou gauche; Tuberculose; Atrophie uni-latérale de la colonne de Clarke; Dégénérescence du faisceau cérébelleux. Annales suisses des sciences méd. IV. H. 2. (Durch den Titel erledigt.) — 3) Estor, E. u. G. Rauzier, Pathologie et traitement de la compression de la moëlle. Nouv. Montpell. méd. 46. 48. (Allgemeine Besprechung.) — 4) Gibney, Virgil P., The management of irritable spine. Med. record. May 9. — 5) Grasset, Des paralysies nucléaires des nerfs sacrés. Nouv. Montpell. méd. 23. 24. (Klinische Vorstellung von 2 Fällen von Erkrankung des Sacralmarks.) — 6) Helbing, Carl, Zur Kenntniss der Rückenmarksveränderungen beim Menschen nach Verschluss der Aorta abdominalis. Deutsche med. Wochenschr. No. 42. — 7) Henschen, S. E., Zur Lumbalpunction. Wien. med. Blätter. No. 12—14. (In den 3 Fällen von Meningitis serosa, von denen einer durch Stauungspapille beiderseits complicirt war, wurde durch die Lumbalpunction rasche Besserung erzielt. Bei dem 4. Fall, trotzdem bei der Section bedeutender Hydrocephalus und offenstehender Aquäduct gefunden wurde, durch die Lumbalpunction nichts entleert.) — 8) Holdheim, W., Beitrag zur bacteriologischen Diagnostik der epidemischen Genickstarre vermittels der Lumbal-

punction. Deutsche medicin. Wochenschrift. No. 34. (Bericht über 4 Fälle, in denen sämmtlich der Nachweis des Meningococcus intracellularis Weichselbaum aus der Lumbalflüssigkeit gelang.) — 9) Kohn, Hans. Ueber Lumbalpunction. Ebendaselbst. V. Bd. No. 21. (In diesem, wie in dem von Stadelmann in der Discussion berichteten Falle war die Diagnose „tuberculöse Meningitis" nur in Folge des positiven Befundes von Tuberkelbacillen in der Lumbalflüssigkeit zu stellen möglich.) — 10) Lenhartz, H., Ueber den diagnostischen und therapeutischen Werth der Lumbalpunction. Münch. med. Wochenschr. No. 8. 9. — 11) Leyden, E. v. und Goldscheider, Die Erkrankungen des Rückenmarkes und der Medulla oblongata. Mit 46 Abbildungen und 5 Tafeln. Berlin. — 12) Lähr, Max. Ueber Störungen der Schmerz- und Temperaturempfindung in Folge von Erkrankungen des Rückenmarks. S.-A. Archiv für Psych. Bd. XXVIII. H. 3. — 13) Neumann, Zur Erklärung der Sehnenreflexe. Deutsche med. Wochenschr. No. 31. — 14) Obersteiner, H., Ueber die Fortschritte in der Erkenntniss der Rückenmarkskrankheiten. Wiener med. Wochenschr. No. 8. (Kurzes, zusammenfassendes Referat.) — 15) Oppenheim, Hermann, Ueber electrische Reizung der ersten Dorsalwurzel beim Menschen. Berl. klin. Wochenschr. No. 34. — 16) Rick, A., Ueber degenerative Veränderungen an den Rückenmarkswurzeln und ihren intraspinalen Fortsetzungen in Folge von cerebralen Affectionen. Prag. med. Wochenschr. No. 36. 37. (Mittheilung von 5 Fällen, bei welchen post mortem neben cerebralen Affectionen degenerative Processe in den Rückenmarkswurzeln und ihren spinalen Fortsetzungen gefunden wurden. Als ursächlichen Zusammenhang dieser Erscheinungen sieht R. den vermehrten Hirndruck an.) — 17) Schiff, Arthur, Ein Fall von Hämatomyelie des Conus medullaris nebst differentialdiagnostischen Bemerkungen über Erkrankungen der Cauda equina und des Conus medullaris. S.-A. Zeitschr. f. klin. Med. XX. H. 1 u. 2. (Klinische Mittheilung eines typischen Falles [characteristische Sensibilitäts-, Blasen-, Mastdarmstörung]. Differentialdiagnostisch kommen zwischen Affection der Cauda und des Conus medullaris hauptsächlich die bei ersterer bestehenden heftigen ausstrahlenden Schmerzen in Betracht.) — 18) Seegelken, Lumbalpunction als therapeutischer Eingriff bei Encephalopathia saturnina. München. med. Wochenschr. No. 7. (Bei einem an chronischer Bleivergiftung leidenden Maler entwickelte sich innerhalb von 24 Stunden, nachdem plötzlich clonische Zuckungen der rechten Körperhälfte mit völliger Lähmung derselben vorausgegangen waren, ein tiefes Coma. Nach abermals 24 Stunden Lumbalpunction: es werden 60 ccm Flüssigkeit entleert. Nach kurzer Zeit vollkommene Restitution. [Urämie?].) — 19) Sticker, Georg, Ueber die diagnostische Verwerthung der Form und Vertheilung der Sensibilitätsstörungen. Ebendas. No. 9. (Referat über den jetzigen Stand der Kenntnisse von der diagnostischen Verwerthung der Sensibilitätsstörungen.) — 20) Teichmüller, W., Ein Beitrag zur Kenntniss der im Verlaufe der perniciösen Anämie beobachteten Spinalerkrankungen. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkde. VIII. — 21) Thiem, G., Entstehung von Rückenmarkserkrankungen nach peripheren Verletzungen. gr. 8. Leipzig. (Samml. klin. Vortr. 149.) — 22) Vespa, B., Sopra due casi della cosidetta sindrome di Brown Séquard. Rivista di Freniatria. XXII. — 23) Wenthworth, A. H., On lumbar punction. Bost. med and surg. journal. No. 7. (Bericht über 28 Fälle: die daraus gezogenen Schlüsse bringen nichts Neues.) — 24) Derselbe, Some experimental work on lumbar-puncture of the subarachnoid space. Ibid. August.

Das Werk von v. Leyden und Goldscheider (11) (aus dem Nothnagel'schen Sammelwerk) bringt den modernen Stand der Kenntnisse über die Erkrankungen des Rückenmarks und der Medulla oblongata zur Darstellung. Entsprechend der in Leyden's Klinik der Rückenmarkskrankheiten durchgeführten Ideen wird der speciellen Pathologie und Therapie ein grundlegender Allgemeiner Theil, die Anatomie, Physiologie, pathol. Anatomie, Symptomatologie u. s. w. behandelnd, vorangeschickt. Die neuesten anatomischen Errungenschaften über Faserverlauf und Neurone sind verwerthet; die Therapie wird besonders eingehend und bei aller Kritik doch ohne Skepticismus besprochen. Den Erkrankungen der Medulla oblongata sind noch angefügt diejenigen der Oculomotoriuskernregion (chronische progressive und stationäre Ophthalmoplegie, acute Polienecphalitis sup., heilbare Ophthalmoplegie, recidivirende Oculomotoriuslähmung. Die Darstellung ist kurz stylisirt, Handbuch-gemäss und überall den klinischen Standpunkt in den Vordergrund stellend.

Auf Grund von 11 selbst beobachteten Fällen und unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur kommt Lähr (12) im Wesentlichen zu folgenden wichtigen Schlüssen: Die Ausdehnung der partiellen Empfindungsstörung auf der Haut erfolgt am Rumpfe bei der Syringomyelie und anderen centralen Rückenmarkserkrankungen nicht gliedweise oder dem Versorgungsgebiete der peripherischen Nerven entsprechend, sondern segmental, entsprechend der Zerstörung der grauen Substanz in einer bestimmten Rückenmarkshöhe. Die Bahnen hierfür treten in das Hinterhorn der gleichen Seite ein, erleiden eine Kreuzung, um schliesslich in zusammenliegenden Faserzügen möglicherweise in den Seitensträngen weiter centralwärts zu verlaufen. Ihre Zerstörung in der grauen Substanz führt zu einer segmentalen, meist gleichseitigen Empfindungsstörung, wogegen eine solche in den weissen Strängen eine die ganze untere und zwar contralaterale Körperseite umfassende Anästhesie hervorruft.

Bei einem Patienten, der eine Schussverletzung erlitten hatte, wurden von Oppenheim (15) nach Freilegung des 2.—4. Dorsalsegments und Spaltung der Dura die einzelnen Dorsalwurzelpaare electrisch gereizt. Die Reizung des zweiten Dorsalwurzelpaares verlief resultatlos, dagegen erfolgte sofort nach Berührung der ersten Dorsalwurzel mit der Electrode eine Erweiterung der Pupille der gleichen Seite ad maximum. Ob und welche motorischen Reizerscheinungen gleichzeitig an der Oberextremität ausgelöst wurden, ob ferner auch eine Erweiterung der Lidspalte erfolgte, ob schliesslich auch eine Betheiligung der rechten Cervicalwurzel beim Zustandekommen der oculopupillären Phänomene vorhanden, darüber vermag Oppenheim nichts auszusagen.

Auf Grund einer Statistik von 85 Fällen kommt Lenhartz (10) zu folgenden Schlüssen über den diagnostischen und therapeutischen Werth der Lumbalpunction: Dieselbe giebt Aufschluss über die Vermehrung und Spannung des Hirnwassers und in einer Reihe von Fällen einen sicheren diagnostischen Nachweis von Eiter (bei epidemischer und eiteriger Meningitis) von Bacterien (Tuberkelbacillen, Diplococcen) und durch

die Grösse der Druckzahl und Ausflussmengen. Der Eiweissgehalt war bei den entzündlichen Vorgängen höher als bei den mit Transsudation einhergehenden (über $^1/_4$ pM.) Das ophthalmoscopische Bild (Stauungspapille) wurde selbst bei täglich ausgeführter Lumbalpunction nicht verändert. Einen therapeutischen Effect erzielte L. durch die Lumbalpunction bei chronischer und acuter seröser Meningitis, besonders aber bei der Chlorose.

Teichmüller (20) fand bei der Untersuchung des Rückenmarks eines Falles von perniciöser Anämie im Gegensatz zu Nonne, welcher den Satz aufstellte, dass bei progressiven Anämieen nur die intramedulläre weisse Substanz betroffen wird, auch ausgedehnte Zerstörungen der grauen Substanz und zwar im Anschluss an mehr oder minder grosse Blutungen. Von diesen macht T. auch die flach- und herdförmige Degeneration, welche er in der weissen Substanz fand, abhängig.

Helbing (8) beschreibt hier einen Fall, in dem 99 Tage nach Verschluss der Aorta abdominalis durch einen reitenden Embolus der Tod eingetreten war. Im Anschluss daran hatte sich vollständige Lähmung der einen Extremität mit aufgehobener Sensibilität, späterhin einsetzender hochgradiger Muskelatrophie und Gangrän entwickelt. Die microscopische Untersuchung des Rückenmarks ergab hochgradige Degeneration der vorderen und hinteren Wurzeln, ferner Degeneration der Fasern der grauen Substanz, an die Degeneration der Wurzeln sich anschliessend, starke Degeneration der Hinterstränge, geringe diffuse der Vorderstränge und Veränderungen der Ganglienzellen in beiden Vorderhörnern.

Vespa (22) beschreibt zwei Fälle von Halbseitenläsion in Folge von Stichverletzung am Halse. Bei beiden Pupillenverengerung und Störungen des Muskelsinnes auf der gelähmten, Störungen der Hautsensibilität auf der entgegengesetzten Seite. In dem einen Falle (Verletzung zwischen 2. und 3. Halswirbel) bestand Polyurie.

[Ciaglinski, A., Ueber die secundäre Degeneration des Nervensystems. Gazeta lekarska. No. 10. u. 11.

Auf Grund seiner Beobachtungen behauptet Ciaglinski, dass in der grauen Rückenmarksubstanz, wenigstens bei Hunden, ein Bündel weisser Fasern von der Lendenanschwellung nach oben verläuft, welches nach querer Lädirung des Rückenmarkes schon nach 4 mal 24 Stunden der secundären aufsteigenden Degeneration unterliegt; ferner, dass dieses Bündel, schnell der Atrophie anheimfallend, den Beginn zur Höhlenbildung abgeben kann, und dass es mit den sensiblen Rückenmarksfasern zusammenhängt. Bezüglich der physiologischen Bedeutung dieser Fasern verfügt Verf. über keine eigene Untersuchung, doch hält er auf Grund der vorhandenen pathologischen, klinischen und experimentellen physiologischen Daten die Vermuthung für gerechtfertigt, dass das in der grauen Rückenmarksubstanz zwischen den vorderen Enden der hinteren Bündel und dem Centralcanal verlaufende weisse Nervenfaserbündel zur Gruppe der sensiblen Bündel gehört und zur Leitung von Schmerz- und Temperatureindrücken dient. **Spira** (Krakau).]

2. Erkrankungen der Wirbel- und Rückenmarkshäute. Syphilis.

1) Oppenheim, H., Ein Fall von Wirbelcaries mit ungewöhnlichem Verlauf. Berliner klin. Wochenschrift. No. 47. (Nach 6jährigem Bestehen einer vollkommenen Lähmung der unteren Extremitäten in Folge von Wirbelcaries fast vollkommene Heilung in kürzerer Zeit [ob in Folge der Application des constanten Stroms an der erkrankten Stelle der Wirbelsäule?].) — 2) Spitzer, Ludwig, Pachymeningitis cervicalis externa caseosa. Wiener medicin. Wochenschrift. No. 20. 21. (Klinische Mittheilung eines Falles.) — 3) v. Starck, Zur Kenntniss der Myelitis acuta luetica. Münchener medicinische Wochenschrift. No. 8. (27 Jahre alte Patientin, 12 Monate nach der Infection ausgesprochene Myelitis lumbalis, die nach 18 Injectionen von Hydrarg. salicyl. vollkommen ausgeheilt ist.) — 4) Valowski, S., Contribution à l'étude de la syphilis médullaire. Ann. de Derm. 3. Série. VII. (Mittheilung von 72 Fällen von Affectionen der Medulla spinalis, bei denen anamnestisch eine voraufgegangene Syphilis constatirt werden konnte; doch kamen in nicht weniger als 69 (!) Fällen noch andere ätiologische Momente in Betracht, z. B. 14 mal Erkältung, 15 mal Alcoholismus etc.) — 5) Arnstein, F., Ein Fall von Meningitis cerebro-spinalis sporadica mit dem Ausgange in Genesung. Seine Natur und Herkunft. Medycyna. (Nichts besonders Erwähnenswerthes.)

3. Trauma, Erschütterung.

1) Cary, Charles, Spinalparalysis. Med. News. August 29. — 2) Raymond, F., Sur un cas d'hématomyelie présumée du renflement cervical. Le Progrès médical. No. 7. (Aetiologie wahrscheinlich intra partum.) — 3) Struppler, Th., Zur Kenntniss der reinen Rückenmarkserschütterung. gr. 8. München.

4. Myelitis, Compressionslähmung, Tumoren.

1) Bailey, Pearce, Report, upon two cases of tumor of the spinal cord, unaccompanied by severe pain. S.-A. Journal of nervous and mental disease. March. (Zwei Fälle von extraduralem Tumor mit Sectionsbefund: 1 Psammom, 1 Gummi.) — 2) Bard, L. und F. Duplant, Compression tardive de la moelle cervicale par un cal hypertrophique de l'axis. Arch. générales de Médecine. Août. — 3) Bevsley, H. T., Two cases of Paraplegia. Dublin Journ. April. (Klinische Mittheilung.) — 4) Bischoff, Ernst, Compressionsmyelitis des oberen Brustmarkes. S.-A. Wien. klin. Wochenschr. No. 37. (Genaue klinische und anatomisch-pathologische Beschreibung eines Falles, bei dem sich nach einem Trauma allmälig die Compressionsmyelitis entwickelt hatte.) — 5) Bruns, L., Klinische und pathologisch-anatomische Beiträge zur Chirurgie der Rückenmarkstumoren. S.-A. Arch. f. Psychiatrie. XXVIII. Heft 1. — 6) Cassirer, R., Beiträge zur Differentialdiagnose zwischen multipler Sclerose und Lues cerebrospinalis. Deutsche med. Wochenschrift. No. 43. (C. weist an der Hand von 3 Fällen nach, dass die Differentialdiagnose zwischen beiden Krankheiten klinisch äusserst schwierig, bisweilen unmöglich ist.) — 7) Diller, Theodore und Adolf Meyer, A case of Landry's paralysis, with autopsie. Americ. journal. April. (Zweifelhafter Fall.) — 8) Gold-

scheider, A., Ueber den anatomischen Process im Anfangsstadium der multiplen Sclerose. — 9) Hansen, E., Ein seltener Fall von Poliomyelitis anterior acuta mit Gehirnerscheinungen. St. Petersburger medicin. Wochenschr. No. 13. — 10) Heinze, Emil, Ueber einen Fall von Pott'scher Paraplegie. Inaug.-Dissert. Halle und Wittenberg. — 11) Hoche, A., Ueber secundäre Degeneration, speciell des Gowers'schen Bündels, nebst Bemerkungen über das Verhalten der Reflexe bei Compression des Rückenmarks. S.-A. Arch. f. Psych. Bd. XXVIII. Heft 2. (Genaue anatomisch-pathologische Beschreibung von zwei Fällen von Compression des Rückenmarks, in welches letzteres nach der Marchi'schen Methode eingehend bezüglich des Verlaufs der Degenerationen untersucht wurde. Die wichtigen Ergebnisse lassen sich in einem kurzen Referate nicht wiedergeben.) — 12) Kalischer, S., Vorstellung eines Falles von Poliencephalomyelitis. Deutsche med. Wochenschr. V.-B. No. 1. — 13) Derselbe, Ueber Poliencephalomyelitis und Muskelermüdbarkeit (Myasthenia). S.-A. Zeitschr. für klin. Med. Bd. XXXI. Heft 1. 2. (Auftreten der Erkrankung, deren Symptome vollkommen identisch mit der Myasthenia gravis pseudoparalytica sind, ca. 4 Wochen nach einer schweren Influenza bei einem vorher völlig gesunden 50 Jahre alten Mann.) — 14) Oppenheim, H., Zur Lehre von der multiplen Sclerose. Berl. klin. Wochenschr. No. 9. — 15) Perlmann, Wulf, Ueber einen Fall von multipler Sclerose im jugendlichen Alter. Inaug.-Dissert. Berlin. — 16) Pochhammer, Conrad, Ueber Aetiologie der Myelitis, speciell in ihren Beziehungen zur Syphilis. Inaug.-Dissert. Berlin. — 17) Rester, E. und G. Rauzier, Pathologie et traitement de la compression de la moelle. Nouv. Montpell. méd. 48. (Besprechung der Apparate und chirurgischen Eingriffe für diesen Zweck.) — 18) Rham, E. de, Myélite diffuse ou sclérose latérale amyotrophique. Annales suisses des sciences médic. IV. Heft 2. (Mittheilung eines Falles mit Sectionsbefund.) — 19) Rosin, Heinrich, Acute Myelitis und Syphilis. S.-A. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XXX. Heft 1 u. 2. — 20) Schlesinger, Hermann, Ueber centrale Tuberculose des Rückenmarkes. Dtsch. Zeitschr. für Nervenheilk. VIII. — 21) Tournier, Paraplégie flasque avec anesthésie coexistant avec de l'exagération des réflexes rotuliens, de la trépanation épileptoïde et du tonisme de la vessie et du rectum. Gaz. hebdom. de méd. et de chir. No. 59. (Durch den Titel erledigt.) — 22) Turner, William Aldren und Ashley W. Mackintosh, Three cases of new growth with cavity formation in the spinal cord. Brain. II. III. (Genaue klinische und anatomisch-pathologische Beschreibung der 3 Fälle mit guten Abbildungen.) — 23) Werber, S. G., Myelitis, a case, in which the first symptoms appeared several weeks after the supposed cause. Bost. med. and surg. journal. No. 19. — 24) Westphal, A., Ueber einen Fall von traumatischer Myelitis. S.-A. Arch. f. Psych. Bd. XXVIII. H. 2.

Oppenheim (14) betont eine Reihe ätiologischer Gesichtspunkte, die für die multiple Sclerose in Betracht kommen, vor allem die acuten Infectionskrankheiten und die Intoxication (bei 11 von 28 Fällen war letztere bestimmt nachzuweisen), vielleicht auch periphere Affectionen (in 2 Fällen schloss sich an eine äussere Augenentzündung eine Neuritis optica, an diese wiederum eine multiple Sclerose an). Auch auf die congenitale Disposition, sowie das erste Einsetzen der multiplen Sclerose schon in der Kindheit weist O. nachdrücklich hin. Weiterhin Mittheilung einiger interessanter Krankengeschichten, zum Theil durch Abbildungen erläutert; bemerkenswerth ist vor allem der Fall, bei dem neben den Erscheinungen der multiplen Sclerose intra vitam eine hochgradige Geistesschwäche beobachtet wurde und sich bei der Section neben vereinzelten Herden im Rückenmark eine schwere Affection des Balkensystems fand.

Goldscheider (8) war in der Lage, einen Fall von multipler Sclerose etwa ein Vierteljahr nach dem Auftreten der ersten Symptome anatomisch zu untersuchen (der Tod erfolgte an Typhus abdom.). Es fanden sich Herde im Pons, in der Med. oblong. und im Halsmark. Die histologische Untersuchung des letzteren ergab, dass es sich um einen von den Gefässen ausgegangenen Process handelte, welcher die Nervenfasern zur Aufquellung gebracht hatte. Die Markscheiden und Axencylinder vergrössern sich, weiterhin kommt es zu einer Erweichung und Abbröckelung des Myelins; Axencylinder gehen nur wenige zu Grunde. Die geretteten Axencylinder finden sich oft haufenweise zusammengedrängt. Die Veränderungen entsprechen der Myelitis spec. der Poliomyelitis. Dass die acut entstandenen Herde thatsächlich den Beginn der multiplen Sclerose darstellen, geht ausser dem klinischen Bilde auch daraus hervor, dass eine alte diffuse Sclerose vorhanden war. Die multiple Sclerose ist somit eine bestimmte Form der disseminirten Myelitis. Klinisch war von Interesse, dass die anfängliche Ataxie in Intentionszittern überging.

Rosin (20) theilt hier einen Fall mit, in welchem zwei Jahre nach dem Auftreten der syphilitischen Secundärerscheinungen ziemlich plötzlich eine Myelitis einsetzte. Die post mortem ausgeführte Untersuchung des Rückenmarks zeigte eine Querschnittsaffection in der Höhe des IV.—IX. Brustwirbels, mit secundärer Degeneration nach auf- und abwärts, eine Randdegeneration und ausserdem eine hochgradige Erkrankung des Gefässapparates durch das ganze Rückenmark hindurch, in ähnlicher Weise, wie Heubner dies für die syphilitischen Veränderungen der Hirnarterien beschrieben hat. Auch in den vorderen und hinteren Wurzeln waren bis zum Halsmark theils atrophische theils degenerative Processe zu constatiren, während die Meningen ganz frei waren. Auf Grund von 11 anderen in der Literatur mitgetheilten analogen Fällen und seinem eigenen kommt Rosin zu dem Schlusse, dass bei der syphilitischen Rückenmarkserkrankung das Primäre die hochgradige Ernährungsstörung in den Gefässen sei und erst secundär unter dem Einfluss dieser die Myelitis sich entwickele.

An der Hand von 33 Fällen rechnet Pochhammer (16) heraus, dass bei acuter Myelitis in $^5/_9$, bei chronischer in $^2/_3$ der Fälle eine syphilitische Infection voraufgegangen ist. Sicher ist der Nachweis nur erbracht in 10 von 24 Fällen chronischer, 3 von 9 Fällen acuter Myelitis.

Die Untersuchung des Rückenmarks eines Falles von Myelitis, Westphal (24), welcher schon 7 Tage nach erlittenem Trauma (Sturz aus dem Fenster) zur Section kam, ergab vielfach parenchymatöse Veränderungen an Ganglienzellen und Nervenfasern, mit be-

sonders starkem Hervortreten der Quellungserscheinungen an den Axencylindern. Secundäre Degenerationen, interstitielle Veränderungen sowie solche an den Blutgefässen fehlten ganz; Producte der regressiven Metamorphose waren nur an den Stellen der Quetschung des Rückenmarks vorhanden.

Hansen (9) theilt folgenden Fall mit. Bei einem 8jähr. Mädchen entwickelte sich nach heftigen toxischen Krämpfen eine incomplete Lähmung der gesammten Rumpfmusculatur mit Herabsetzung der Sensibilität und Erlöschen der Reflexthätigkeit; daneben bestand Aphasie, Accomodationsparese und Behinderung der Kau-, Schluckbewegungen. Weiterhin kam es zu einer hochgradigen Ataxie. Nach 13 Strychnininjectionen im Verlaufe von 5 Wochen Heilung.

Bruns (5) berichtet hier über zwei Fälle von Rückenmarkstumor, in welchen die richtige Diagnose gestellt und deshalb die Operation vorgenommen wurde in dem ersten misslang sie, da in Folge von complicirten Verhältnissen der Tumor übersehen wurde, im zweiten starb der betreffende Patient an demselben Abend. Trotzdem hält Bruns unter Berücksichtigung der bisher bei der Operation von Rückenmarkstumoren erreichten Resultate die Operation in den Fällen, in welchen die Diagnose „Rückenmarkstumor" sicher zu stellen ist, für indicirt.

Die von Schlesinger (20) ausgeführte Untersuchung des Rückenmarks eines Patienten, welcher an Schwindel und Kopfschmerzen, einer schnell zunehmenden Schwäche der 4 Extremitäten, Atrophieen und hochgradiger Ataxie in den oberen, Störungen des Temperatursinns, Blasen-, Mastdarmstörungen etc. erkrankt war und nach kurzer Zeit ad exitum kam, ergab die Anwesenheit eines grossen Conglomerattuberkels im Bereiche des 2.—3. Cervicalis. Auffallend war eine sich daran anschliessende Degeneration der seitlichen Grenzschicht bis herab zum mittleren Brustmark.

Bard und Duplant (2) berichten über folgenden Fall: Bei einem 27jährigen Manne entwickelte sich 1 Jahr, nachdem er einen starken Schlag auf den Hinterkopf erhalten hatte, welcher aber keine directen Folgen hinterliess, eine allmälig zunehmende Schwäche der unteren Extremitäten, Blasenstörungen, späterhin spastische Lähmung, hochgradige später wieder verschwindende Sensibilitätsstörungen. Bei der Section fand sich ein grosser an der linken Seite des Körpers des Epistropheus sitzender knöcherner Tumor, welcher das Cervicalmark stark comprimirt hatte. Ergebniss der Untersuchung des Rückenmarks nicht mitgetheilt.

[Henschen, Die Aetiologie der disseminirten Sclerose. Erster nordischer Congress für innere Medicin zu Gothenburg am 27., 28. und 29. August. (Hygiea. 2. VIII. 9. p. 303). Ferner Fortschritte der Medicin. No. 14.

H. hat einen frischen Fall von dieser Krankheit untersucht. Bei einem Diphtheritiskranken traten ausgeprägte Paralysen in den Extremitäten am 5. Krankheitstage auf. Später stellte sich eine complicirende Bronchopneumonie mit letalem Ausgange ein. Die Section zeigte disseminirte sclerotische Processe im Gehirne und Rückenmarke. Bei microscopischer Untersuchung zeigte sich Rundzelleninfiltration in den Herden und Degeneration von Nervenelementen. Eine Streptococceninfection des Rückenmarkes war unwahrscheinlich.

A. Fr. Eklund, (Stockholm).]

5. Poliomyelitis, atrophische Spinallähmung, Kinderlähmung.

1) Courtney, J. W., Acute anterior Poliomyelitis. Bost. med. Journal. No. 25. — 2) Geronzi, G., Contributo allo studio della paralisi bulbare unilaterale. Bulletino della Società Lancisiana. XVI. (G. beobachtete bei einem Falle von Mammacarcinom linksseitige Hemiatrophie der Zunge und Parese des gleichseitigen Gaumensegels ohne Betheiligung der Stimmbänder. Seit 14 Tagen Sprachstörung. In der Medulla oblongata zeigte sich eine Atrophie des linken Hypoglossuskernes (Verminderung, Deformirung und Verkleinerung der Ganglienzellen mit Vacuolenbildung, vom Verf. als eine auf den Hypoglossuskern beschränkte Poliomyelitis unilateralis aufgefasst. Die Hypoglossuswurzelfasern, die Fibrae afferentes und suprareticulares waren angeblich intact. Nur Pal-Weigertpräparate.) — 3) Grawitz, E., Ein Fall von Poliomyelitis anterior subacuta (mit Zwerchfelllähmung) bei einer Erwachsenen. Berl. klin. Wochenschr. No. 12. (Durch den Titel erledigt.) — 4) Higier, H., Eine Combination von Poliencephalomyelitis und puerperaler Polyneuritis. Wien. medicin. Presse. No. 34 u. 37. (Klinische Mittheilung eines Falles, bei dem die letztere Affection sich acut während der chronisch verlaufenden ersteren entwickelte.) — 5) Nonne, M., Ueber Poliomyelitis anterior chronica als Ursache einer chronisch progressiven atrophischen Lähmung bei Diabetes mellitus. (Klinische und anatomische Untersuchung. Zugleich ein Beitrag zur Casuistik vom Zusammenvorkommen von Pancreascirrhose und Diabetes mellitus.) Berl. klin. Wochenschrift. No. 10. (Mittheilung eines Falles; durch den Titel erledigt.) — 6) Stilling, Claus, Zur Lehre von der Poliomyelitis. S. A. Münchn. med. Abhandlungen. 67 H. 1 B. (Genaue Beschreibung des anatomisch-pathologischen Befundes eines Falles von Poliomyelitis, welche 20 Jahre ante mortem eingetreten war. Das Ergebniss der Untersuchung deutet mit grösster Wahrscheinlichkeit darauf hin, dass der Fall durch das Auftreten einer Entzündung der grauen Vordersäulen des Rückenmarks mit vorwiegender Betheiligung des interstitiellen Gewebes und erst secundärer Atrophie der Ganglienzellen characterisirt war.)

6. Landry'sche Paralyse.

1) Bailey, Pearce, A contribution to the study of acute ascending (Landry's) Paralysis, with exhibition of specimens stained by the Nissl method. Bost. med. and surg. Journ. No. 18. — 2) Lewis, R. E., Report of a case of Landry's disease. Med. News. July 11. (Typischer Fall, ohne Sectionsbefund, Aetiologie unbekannt.) — 3) Robson, Herbert, A case of Landry's Paralysis. Brit. med. Journ. April 18. Ein in 6 Tagen tödtlich verlaufener Fall (ohne Sectionsergebniss). — 4) Steven, John Linday, Landry's Paralysis. Glasgow Journ. Jan. Klinische Vorstellung eines Falles.

Bei der Section eines typischen Falles von Landry'scher Paralyse fand Bailey (1) durch die ganze graue Substanz des Rückenmarkes hindurch eine intensive Blutfülle in den Gefässen, um welche eine diffuse Zellinfiltration vorhanden war. In diesen Bezirken wichen die Ganglienzellen, nach Nissl gefärbt, erheblich von der Norm ab; desgl. fanden sich derart veränderte

Zellen noch in der grauen Substanz der Medulla oblongata und des Pons. (Zu bedenken ist nur, dass die Section erst 20 Stunden post mortem ausgeführt wurde, so dass die an den Ganglienzellen mitgetheilten Befunde unzuverlässig sind.)

7. Tabes.

1) Babon, J. E., L'état gastrique des ataxiques. 8. Av. 20 graph. Paris. Soc. d'édit. sc. — 2) Bailey, Pearce, The effect of early optic atrophy upon the course of locomotor Ataxia. Med. Record. No. 14. — 3) Belugou, Traitement mécanique de l'ataxie. Nouv. Montpell. méd. Supplém. bim. 1. Janv. (Besprechung der verschiedenen mechanischen Methoden zur Behandlung der Tabes.) — 4) Erb, W., Die Therapie der Tabes. 8. Leipzig. (S. klin. Vortr. 150.) — 5) Derselbe, Syphilis und Tabes. Berl. klin. Wochenschrift. No. 11. (Kritik über die im vorigen Jahre von Storbeck in dieser Frage veröffentlichte Arbeit.) — 6) Storbeck, A., Zur Richtigstellung und Abwehr in der Tabes-Syphilis-Frage. Ebendas. No. 28. (Antwort auf vorstehende Kritik.) [Wir verweisen auf die Original-Mittheilungen.] — 7) Frenkel, Ergebnisse und Grundsätze der Uebungstherapie bei der tabischen Ataxie. Deutsche med. Wochenschrift. No. 51. — 8) Glück, Leopold, Tabes dorsalis und Syphilis. Wiener medic. Wochenschr. No. 7. — 9) Grabower, H., Ueber einen Fall von Tabes dorsalis mit Bulbärsymptomen. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. X. — 10) Gräupner, Hülfsmittel zur Behandlung der Ataxie vermittelst compensirender Muskelübungen (Frenkel'sche Methode). Zeitschr. f. pract. Aerzte. Juli. — 11) Hering, H. Ewald, Ueber centripetale Ataxie. Prager med. Wochenschr. No. 41. 42. — 12) Zschirnt, Adolf, Ueber Larynxkrisen bei Tabes dorsalis. Inaug.-Diss. Erlangen. 1895. [Mittheilung eines Falles (ohne laryngoscopischen Befund).] — 13) Moxter, Beitrag zur Auffassung der Tabes als Neuronerkrankung. Zeitschrift f. klin. Med. Bd. 29. — 14) Rauzier, G., Traitement du Tabes. Nouv. Montpell. médical. 33. — 15) Raymond, Évolution générale du Tabes. Le Progrès médical. No. 22. (Klinische Vorlesung mit Anführung einzelner Fälle.) — 16) Rosin, Heinrich, Zur Lehre von der Tabes dorsalis. S. A. Zeitschrift f. klin. Med. Bd. XXX. H. 5. 6. — 17) Sorgoni, B., Atassia tabetica e sua patogenesi. Raccoglitore. 20. VIII. (Zusammenfassendes Referat. Nimmt verschiedene Ursachen für die Ataxie an, neben der Erkrankung der Hinterstränge auch Vierhügelerkrankung und Erkrankung der Hirnrinde.) — 18) Veis, Julius, Zur Casuistik des Mal perforant. Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk. VIII. (Mittheilung von 3 Fällen von Mal perforant bei Tabes.) — 19) Wagner, L., Ueber neuritische Muskelatrophie bei Tabes dorsalis. Inaug.-Diss. Berlin. (Bericht über 2 interessante Fälle von Muskelatrophie bei Tabes, welche trotz fehlender anatomischer Untersuchung doch zweifellos als neuritisch anzusprechen war.)

Hering (11) hat zunächst an Fröschen, später an Hunden Durchschneidungen der hinteren Wurzeln, welche eine Extremität versorgen, sowie der Hinterstränge ein- und doppelseitig vorgenommen und gefunden, dass die Folge der ersteren Operation das Auftreten hochgradiger atactischer Störungen in der betreffenden Extremität war; speciell waren diese Thiere auch nicht im Stande zu laufen, wenn das gesunde Bein hochgebunden war, also nur die 2 Vorderbeine und das atactische Hinterbein zur Fortbewegung benutzt werden sollten. Nach Durchschneidung der Hinterstränge auf der Höhe der 3. oder zwischen dieser und der 4. Lendenwurzel entstand eine nur sehr geringfügige Ataxie am gleichseitigen Bein.

Glück (8) bespricht und bekräftigt zunächst die verschiedenen Gründe, welche die Gegner der Tabes-Syphilisfrage anführen, um den Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen zu leugnen. Als Hauptargument führt er dann weiterhin die Beobachtungen von 6 Collegen, sowie seine eigenen an, welche sich auf einen Zeitraum von ca. 15 Jahren fast über die gesammte Bevölkerung der Herzegowina und Bosniens erstreckten, mit dem Ergebniss, dass die Syphilis in diesen Ländern ausserordentlich stark verbreitet ist, dagegen während der ganzen Zeit nicht ein einziger Fall von Tabes constatirt wurde.

Mit der Aetiologie der Tabes dorsalis beschäftigt sich auch die Arbeit von Rosin (16). Indem dieser Autor die von v. Leyden schon im Jahre 1863 über die Entstehung der Tabes dorsalis ausgesprochene Ansicht durch die Arbeiten der letzten Jahre nunmehr in ihrer Grundlage für völlig feststehend ansieht, sucht er dieselbe in den Einzelheiten durch die an einem Falle von Tabes incipiens angestellten Untersuchungen noch weiter zu stützen und auszubauen. Er fand die tabische Affection lediglich in den hinteren Wurzeln auf diejenigen des Brustmarks beschränkt; die Hinterstränge waren nur im Brust- und Halsmark typisch erkrankt, wogegen die graue Substanz nur im Brustmark, namentlich in der Gegend der Clarke'schen Säulen eine Lichtung des Fasernetzes erkennen liess. Es fand sich lediglich eine Degeneration derjenigen Nervenfasern, welche dem extra- und intramedullären Wurzelgebiet der hintern Dorsalnervenwurzeln angehören. Bezüglich der an diese Befunde geknüpften Schlussfolgerungen muss auf das Original verwiesen werden.

Moxter (13) untersuchte einen Fall von Tabes mit Opticus-Atrophie (von der Leyden'schen Klinik); von den Befunden erregt das hauptsächliche Interesse derjenige am N. opticus: die Zellen der Ganglienzellenschicht waren stark rareficirt, die Nervenfaserschicht fehlte vollkommen. An der Papilla optica waren noch einige Fasern zu erkennen, ebenso im Centrum des Opticus-Querschnitts ganz vereinzelte. Dieselbe Faserarmuth fand sich im Chiasma und Tractus opticus; nur am hinteren Rande des Chiasma und am äusseren Rande des Tractus, kurz vor seinem Uebergange in das Stratum zonale des Corpus geniculatum bestanden reichlichere Faseranhäufungen. Die Zellen des Pulvinar und Kniehöckers unverändert. Es waren somit die der Ganglienzellenschicht der Retina angehörenden Neurone ergriffen, deren Nervenzellen in dieser Schicht liegen und deren Axencylinderfortsätze die Verbindung zwischen den periphersten Retina-Neuronen und den primären Opticuscentren herstellen. Daraus folgt, dass die tabische Opticus-Atrophie ein von der Retina her centripetal fortschreitender Process ist.

Grabower (9) giebt eine genaue klinische und anatomisch-pathologische Beschreibung eines Falles von Tabes, der intra vitam durch Störungen im Gebiete des Trigeminus, Abducens, Oculomotorius, Glossopharyngeus, Acusticus und der Innervationsbahn der Kehlkopf-

muskeln complicirt war. Die Untersuchung des Centralnervensystems ergab ausser den für die Tabes typischen Veränderungen Atrophie der Oculomotoriushauptkerne, der Abducens- und Trochleariskerne, Degeneration des l. N. recurrens, des solitären Bündels und der aufsteigenden Trigeminuswurzel beiderseits und hochgradigen Faserschwund in den beiderseitigen extrabulbären Vaguswurzeln, sodass G., entsprechend seinen früheren experimentellen Ermittelungen, nur diesen Nerv als motorischen Kehlkopfnerv ansieht, den N. accessorius dagegen vollständig als solchen ausschliesst.

Auf Grund einer Zusammenstellung von 12 Fällen kommt Bailey (2) zu dem übrigens längst bekannten Satze, dass in den meisten Fällen von Tabes, in welchen die Opticus-Atrophie frühzeitig zum Ausbruch kommt, die übrigen tabischen Symptome, namentlich die Schmerzen und die Ataxie sich nur in mässigem Grade entwickeln, die Krankheit also einen überhaupt milden Character annimmt. Die Combination von Opticus-Atrophie und Oculomotoriuslähmung sei prognostisch nicht von Bedeutung.

Für die Anfangs-Gehübungen empfiehlt Gräupner (10) einen Linoleumteppich, auf dem reguläre Figuren aufgezeichnet sind. Weiterhin hat er einen Apparat erfunden, dessen Construction auf dem Princip beruht, dass der Patient, so lange als er die geforderten Bewegungen ausführt, daneben Gehörseindrücke empfängt. Die nähere Beschreibung des Apparates s. im Original.

Frenkel (7) berichtet über 4 neue Fälle von vorgeschrittener Tabes, bei denen die Ataxie nach monatelang angewandter Uebungstherapie vollkommen oder zum grössten Theile wenigstens schwand. Weiterhin bespricht der Verf. die Indicationen und Contraindicationen für diese Therapie und warnt vor allem (an der Hand von Beispielen), dieselbe mit der gewöhnlich als „active und passive Gymnastik" bezeichneten Behandlung zu identificiren. Im Anschluss an die Frenkel'schen Arbeiten sind eine ganze Reihe anderer erschienen (s. S. 107, No. 3, 4, 14), welche sich insgesammt mit der compensatorischen Uebungstherapie beschäftigen und ihre grosse Bedeutung anerkennen.

[Tumpowski, A., Beitrag zur Aetiologie und Symptomatologie der Rückenmarkschwindsucht. Medycyna.

Eine sehr fleissige auf 257 eigenen Beobachtungen basirende Arbeit. Nichts Neues.

Rafael Landau (Krakau).]

8. Spinale progessive Muskelatrophie. Amyotrophische Lateralsclerose.

Collins, Joseph, A contribution to the pathology and morbid anatomy of amyotrophic lateral sclerosis. Amer. Journ. of med. S. June. (Genaue klinische und pathologisch-anatomische Beschreibung zweier Fälle: in beiden wurde gefunden: vollständige Degeneration der gekreuzten Pyramidenbahnen fast in ihrer ganzen Ausdehnung, unvollständige der nicht gekreuzten, sehr erhebliche Atrophie der Vorderhornzellen, reichliche Vascularisation, Erweiterung und Füllung der Blutgefässe, und Degenerationserscheinungen in einzelnen Hirnnervenkernen. Im zweiten Fall bestand nebenbei noch eine tuberculöse Meningitis des Halsmarks.)

9. Combinirte Strang-(System-)Erkrankungen. Lateralsclerose.

1) Déjérine, J. und J. Sottas, Sur un cas de paraplégie spasmodique acquise. Arch. de Physiol. Sér. V. Tome 8. (Die microscopische Untersuchung des wichtigen Falles, bei dem seit 10 Jahren eine stationäre spastische Paraplegie ohne Sensibilitätsstörungen noch Atrophieen bestanden hatten, ergab eine isolirte Sclerose der Pyramidenstränge und eine geringere der Goll'schen im Cervicalmarke; die Vorderhörner wiesen keine Veränderung auf.) — 2) Eberle, Robert, Ueber einen Fall von combinirter Strangdegeneration des Rückenmarks. München. med. Abhandl. H. 68. 1. Reihe. — 3) Derselbe, Dasselbe. gr. 8. München. — 4) Hochhaus, H., Ueber familiäre spastische Spinalparalyse. Zeitschr. f. Nervenheilk. 9. (Bei drei Geschwistern (von gesunden, nicht verwandten Eltern stammend) entwickelte sich im 6. Lebensjahre eine spastische Parese der unteren Extremitäten mit Erhöhung der Reflexe und Fussclonus ohne jegliche Sensibilitäts-, Blasen- und Mastdarmstörung noch irgend welche Betheiligung des Cerebrums.)

10. Syringomyelie, Haematomyelie.

1) Achard, M. Ch., Syringomyélie avec amyotrophie du type Aran-Duchenne et anesthésie dissociée en bande postéroïde sur le tronc. Gaz. hebdom. de méd. et de chir. No. 31. (Vorstellung eines Kranken mit der im Titel geschilderten Affection.) — 2) Bawli, Jakob, Syringomyelie und Trauma. Inaug.-Dissert. Königsberg. — 3) Benda, Th., Ein Fall von Haematomyelie. Deutsche med. Wochenschr. No. 44. — 4) Boretius, Anton, Die Hämatomyelie mit Berücksichtigung zweier Krankheitsfälle. Inaug.-Diss. Berlin. (Mittheilung von zwei klinischen Fällen, die beide in Besserung übergingen.) — 5) Gianelli, Sulle Pseudo-Siringomielie e Siringomielie nella Paralisi progressiva. Riv. di freniatria. XXII. — 6) Goldscheider, A. und E. Flatau, Ueber Hämatomyelie. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 31. — 7) Higier, H., Centrale Hämatomyelie des Conus medullaris. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. IX. (Klinische Mittheilung eines Falles, bei dem die besondere Localisation der dissociirten Empfindungslähmung sowie die Incontinentia alvi et urinae, — Symptome, die sich neben einer nach kurzer Zeit verschwindenden Paraplegie in Folge eines Sturzes ausgebildet hatten — die oben angeführte Diagnose stellen liessen.) — 8) M'Hugh, M., A case of Syringomyelia. Dublin. Journ. August. (Klinische Mittheilung.) — 9) Korb, Paul, Ueber einen Fall von Syringomyelie mit Sectionsbefund. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. VIII. (Diagnosticirter und durch die anatomische Untersuchung als solcher erwiesener Fall von Syringomyelie.) — 10) v. Krafft-Ebing, Ein Fall von Syringomyelie. Allg. Wiener medicin. Zeitschr. No. 5. 6. (Klinische Vorlesung.) — 11) Minor, L., Klinische Beobachtungen über centrale Hämatomyelie. S. A. Arch. f. Psych. Bd. XXVIII. H. 1. — 12) Nasse, Demonstration einiger Fälle von Syringomyelie. Berl. klin. Wochenschr. No. 20. (Vorstellung von 3 Fällen, einer besonders bemerkenswerth durch den Beginn der trophoneurotischen Störungen und der Sensibilitätsanomalieen an den unteren Extremitäten, sowie das gleichzeitige Auftreten der Raynaud-schen Gangrän.) — 13) Rieder, Joseph, Ueber Syringomyelie mit bulbären Symptomen. J.-D. 1895. Erlangen. (Typischer Fall bei einer 21 jährigen Fabrikarbeiterin complicirt durch rechtsseitige Recurrenslähmung.) — 14) Schultze, Fr., Ueber Befunde von Hämatomyelie und Oblongatablutung mit Spaltbildung bei Dystokien Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. VIII. — 15) Silva, B., Sopra un caso di Siringomielia in forma di Tabe spasmodica. Gaz. medica Lombarda. 16. (Rein casuistisch.) — 16) Wendorf, Emil, Ueber 2 Fälle

von Gelenkerkrankungen bei Syringomyelie. Inaug.-Dissert. Greifswald. (In beiden Fällen war das Ellenbogengelenk schwer erkrankt; in dem einen wurde in Folge dauernden Synoviaabflusses die Resection ausgeführt; sämmtliche Gelenkenden waren aufs stärkste usurirt; z. T. fanden sich mässige unregelmässige Knochenauflagerungen.)

Minor (11) theilt weitere 3 Fälle mit, welche auf Grund der Anamnese und der klinischen Symptome, besonders der characteristischen Sensibilitätsstörungen (Analgesie und Verlust des Temperatursinns) die Diagnose „centrale Hämatomyelie" stellen liessen. In einem Falle war, wie in einzelnen früheren, wieder der reine Brown-Séquard'sche Typus vorhanden. Minor betont zum Schluss, dass intra vitam die Differentialdiagnose zwischen Syringomyelie und centraler Hämatomyelie kaum zu stellen möglich ist.

Schultze (14) giebt eine kurze Mittheilung über eine Reihe von Fällen, bei denen sich infolge von schweren Eingriffen während des Geburtsactes alsbald Idiotie, Chorea, Epilepsie etc. entwickelt hatten. Bei der Section derartiger Fälle fanden sich weder Blutung noch Quetschung des Grosshirns, desgl. zeigten sich bei der Grosshirnsubstanz keine deutlichen Veränderungen; dagegen waren in der Medulla spinalis und oblongata ganz erhebliche Blutungen vorhanden. Sch. wirft die Frage auf, ob hier nicht die etwaigen Gründe für das Auftreten der Höhlenbildung bei der Syringomyelie zu suchen seien.

Goldscheider u. Flatau (6) spritzten gefärbte Flüssigkeit in das mit der Dura herausgenommene menschliche Rückenmark, um die Verbreitung der spontanen und intramadullären Blutungen nachzuahmen und zu studiren. Auch am lebenden Hunde wurden bestätigende Versuche angestellt. Am leichtesten verbreitet sich die Flüssigkeit in der grauen Substanz, wobei das Hinterhorn und die Mittelzone vor dem Vorderhorn bevorzugt ist. Die Art der Verbreitung ist ganz davon abhängig, an welchem Punkte des Querschnittes die Injection gemacht wird. Die Verff. haben in dieser Beziehung Gesetzmässigkeiten ermittelt, welche hier nicht ausführlich wiedergegeben werden können und sich in der Arbeit gedrängt zusammengefasst finden. Die Verbreitung wird durch die Architectonik des Rückenmarks, speciell durch den Verlauf der markhaltigen Faserbündel bestimmt.

Die Ergebnisse zeigen eine Uebereinstimmung mit den Verhältnissen der klinischen Hämatomyelie und sprechen auch für die Richtigkeit der Minor'schen Angaben über die partielle Empfindungslähmung bei Hämatomyelie.

In dem Falle von Bawli (2) entwickelte sich bei einem kräftigen gesunden Mann nach Sturz auf den Rücken und dadurch bedingter Wirbelfractur vollkommene Paraplegie der unteren Körperhälfte mit Blasen-, Mastdarmstörungen, allmäliges Zurückgehen der motorischen Lähmung und der Sensibilitätsstörung. 2 Jahre nach dem Falle Aufhören der Ejaculation, dann trophische Störungen am linken Fusse, späterhin wieder Zunahme der Sensibilitätsstörung mit schwimmhosenähnlicher Ausbreitung der Anästhesie. 7 Jahre nach dem Trauma Exitus letalis; bei der Untersuchung des Rückenmarks fand sich eine ca. 3 cm lange Höhle im Lendenmark. Genaue Beschreibung des microscopischen Befundes und sorgfältige Berücksichtigung der einschlägigen Literatur.

Giannelli (5) fand bei vier Autopsieen von Paralytikern Höhlenbildungen im Rückenmarke. Zweimal liessen sich dieselben als Kunstproducte erkennen, bedingt möglicherweise durch Weichheit des Rückenmarkes, welches der Härtung etc. nicht standhält, worauf bereits van Gieson hingewiesen hat.

In den beiden anderen Fällen war echte Syringomyelie vorhanden mit theilweiser Epithelauskleidung der Höhlen und starker ringförmiger Gliawucherung. Daneben bestanden erhebliche interstitielle Processe, besonders in den Hintersträngen. Auch das ventrale und das Schultze'sche Comma-Feld waren befallen. In ersteren waren verdickte Gefässe umgeben von einem Ringe degenerirter Fasern vorhanden.

11. Friedreich'sche Krankheit.

1) Berdez, Un cas isolé de maladie de Friedreich. Revue méd. de la Suisse rom. 6. (Durch den Titel erledigt.) — 2) Rauzier, G., Traitement de la maladie de Friedreich. Nouv. Montpell. méd. 40. (Klinische Vorlesung.) — 3) Rosenbaum, Georg, Ueber Friedreich'sche Krankkeit (hereditäre Ataxie). Deutsche med. Wochenschrift. No. 30. (Vorstellung von zwei Schwestern.) — 4) Zabludowsky, J., Ein Fall von Friedreich'scher Ataxie. Behandlung durch Massage. Berl. klin. Wochenschr. S. 757. (Angeblich bedeutende Besserung nach einer 4wöchentlichen Massagecur.)

II. Erkrankungen der peripherischen Nerven.

1. Peripherische Lähmungen und Neuritis.

1) Amaldi, P. e A. Perugia, L'Analgesia dell' ulnare negli alienati. Rivista di Freniatria. XXII. (Die Analgesie des N. ulnaris wurde bei progressiver Paralyse zwar am häufigsten unter allen Geisteskrankheiten gefunden, doch nicht so häufig [49 pCt. der Fälle], dass sie als pathognomonisch angesehen werden kann. Bevorzugt erschienen Kranke mit erheblichen Sprach- und Sensibilitätsstörungen. Nächst diesen kam das Symptom am meisten bei den Pellagrapsychosen vor [35 pCt.].) — 2) Ballet, Gilbert, Les Polynévrites. (Lésions de la moëlle recontrées dans les polynévrites. Leur pathogénie.) Le Progrès méd. No. 26. (Klinische Vorlesung mit Demonstration von Präparaten, besonders nach Nissl gefärbt.) — 3) Derselbe, Les polynévrites. Ibid. Mai 2. 16. (Klinische Vorlesung mit Demonstration einzelner Fälle.) — 4) Barker, Lewellys F., Ueber einen Fall von einseitiger, umschriebener und electiver sensibler Lähmung. D. Zeitschr. f. Nervenheilkde. VIII. (Infolge einer vorhandenen Halsrippe, welche wahrscheinlich auf den Plexus brachialis drückte, bildete sich die im Titel beschriebene Affection in einem Arme aus.) — 5) Berger, P., Ischias, Hüftweh. gr. 8. Berlin. — 6) Bernhardt, M., Ueber die sogenannte Verschiebung der motorischen Punkte als ein neues Symptom der Entartungsreaction. Berl. klin. Wochenschr. No. 4. — 7) Bondurant, E. D., Report of thirteen cases of multiple Neuritis occurring among insane patients. Med. News. Oct. 3. (Innerhalb von wenigen Monaten erkrankten 13 Patienten im Hospital an multipler Neuritis [meist der unteren Extremitäten]. Aetiologie vollkommen unbekannt.) — 8) Borchardt, Jo-

seph, Zur Lähmung des Nervus thoracicus longus. Inaug.-Diss. Berlin. (Zusammenstellung der aus der Literatur bekannten einschlägigen Fälle und Mittheilung eines eigenen.) — 9) Eulenburg, A., Ein Fall von Syringomyelie nach peripherischer Verletzung (Betriebsunfall). Deutsche med. Wochenschr. No. 29. — 10) Flatau, E., Pathologisch-anatomischer Befund bei einem Fall peripherischer Facialislähmung. Neurol. Centralbl. No. 15. — 11) Fränkel, A., Ein Fall von Polyneuritis mit multiplen schwielenartigen Granulationsgeschwülsten der Haut. Deutsche med. Wochenschrift. No. 45. (Aetiologie sowohl für die Polyneuritis, welche sämmtliche Extremitäten befallen hatte, als für die gleichzeitig daselbst aufgetretenen Granulationsgeschwülste ganz unklar.) — 12) Gessler, Hermann, Eine eigenartige Form von progressiver Muskelatrophie bei Goldpolirerinnen. Med. Correspondenzblatt. No. 36. — 13) Gudden, Hans, Klinische und anatomische Beiträge zur Kenntniss der multiplen Alcoholneuritis nebst Bemerkungen über die Regenerationsvorgänge im peripheren Nervensystem. Habilitationsschrift. S.-A. Arch. f. Psych. u. Nervenheilk. XXVIII. H. 3. — 14) Heller, Experimentelle Beiträge zur Polyneuritis mercurialis (Leyden). V. B. Deutsche med. Wochenschr. No. 6. — 15) Hirschl, Joseph Adolph, Ueber rheumatische Trigeminuslähmung. S.-A. Wiener klin. Wochenschr. No. 38. — 16) Horovitz, Arthur, Zur Casuistik der multiplen peripheren Neuritis. Wien. medic. Presse. No. 30. (Unklarer Fall, ganz unverständlich.) — 17) James, Alexander, Clinical lecture on anterior Poliomyelitis and alcoholic Neuritis. Edinb. med. Journ. October. (Klinische Mittheilung eines Falles von acuter Poliomyelitis bei einem 8jähr. Knaben und zweier Fälle von Alcohol-Neuritis.) — 18) Janzer, Rudolf, Die Aetiologie der Ulnarislähmungen. Inaug.-Diss. Berlin. — 19) v. Krafft-Ebing, Polyneuritis. Allg. Wien. med. Zeitung. No. 40. — 20) Labadie-Lagrave et Emile Boix, Sur un cas de diplégie faciale totale d'origine artérielle. Arch. génér. Janv. (Innerhalb von 3 Tagen entstand die Affection bei einer Wöchnerin, allmälig Heilung. [Aetiologie ?].) — 21) Legry, T., Des paralysies radiculaires du plexus brachial. L'union méd. No. 3. (Zusammenfassende Darstellung.) — 22) Mies, Joseph, Vorstellung eines Falles von Syringomyelie. Deutsche med. Wochenschr. V. B. No. 17. — 23) Derselbe, Zwei Fälle von Syringomyelie nach Eindringen eines Zinksplitters in den rechten Daumen. Münch. med. Wochenschr. No. 19. (Ausser dem vorher besprochenen Mittheilung eines zweiten ganz analogen Falles.) — 24) Neil, James, A case of alcoholic Neuritis with prominent mental symptoms. British medic. Journ. April 11. (Durch den Titel erledigt.) — 25) Osann, Ein Fall von doppelseitiger Erb'scher Lähmung bei einem Kohlenträger. Münch. med. Wochenschrift. No. 2. (Durch den Titel erledigt.) — 26) Pandi, Koloman, Halbseitiges Gesichtsschwitzen bei centraler Facialislähmung. S.-A. Wien. klin. Wochenschr. No. 32. (Beschreibung eines Falles. Angenommener Sitz der Erkrankung in der rechten Grosshirnhemisphäre. Aetiologie: 4 Jahre vor Beginn der Symptome fiel dem Patienten ein schwerer Gegenstand auf den Scheitel.) — 27) Mc Phedran, Alexander, Peripheral Neuritis. The med. news. No. 18. (Bericht über 6 Fälle.) — 28) Placzek, S., Intrauterin entstandene Armlähmung. Berl. klin. Wochenschr. No. 41. (Monoplegia brachialis, wahrscheinlich cerebralen Ursprungs.) — 29) Sachs, B., Sympathetic nerve symptoms (Verengerung der linken Lidspalte [Ref.]) with ulnar paralysis following Diphtheria. Med. News. Febr. 22. — 30) Schuster, Vorstellung eines Kranken mit complicirter Plexuslähmung (nach Fall). Berl. klin. Wochenschr. No. 20. (Klinische Vorlesung.) — 31) Sharkey, Seymour J., On peripheral neuritis. Brit. med. Journ. Febr. 22. (Klinischer Vortrag.) — 32) Stembo, L., Zur Casuistik der parästhetischen Meralgie, Bernhardt-Roth'schen Parästhesie. St. Petersburger Wochenschr. No. 26. (Mittheilung von 5 Fällen.) — 33) Vigouroux, R., Quelques cas de paralysie atrophique par compression du plexus brachial. Le Progrès méd. No. 25. (Mittheilung von 3 Fällen.) — 34) Wisselinck, Arnold, Beitrag zur Lehre von der progressiven neurotischen Muskelatrophie. Inaug.-Diss. Königsberg.

Gudden (13) giebt eine Zusammenstellung aller bisher bekannten Fälle von letal endender Alcoholneuritis; dann Mittheilung von 5 selbst beobachteten Fällen mit genauer Beschreibung des anatomisch-pathologischen Befundes im Centralnervensystem. Eine specifische „polyneuritische Geistesstörung" bei Alcoholismus erkennt G. nicht an, da ganz gleichartige Psychosen auch vorkommen, ohne dass irgend welche neuritische Symptome bestanden hätten. Von wichtigen pathologischen Befunden sind die hämorrhagisch-encephalitischen Processe im Bereich des Hirnstammes, besonders in der Umgebung des 4. Ventrikels ohne Betheiligung der Centren der Augenmuskeln sowie die Atrophie der Corpora mammillaria zu erwähnen. Bezüglich der Degenerationsprocesse im peripheren Nervensystem spricht G. die Ansicht aus, dass dieselben gewöhnlich in der Peripherie einsetzen und dass die segmentäre Form der Neuritis als ein Restitutionsvorgang aufzufassen sei, nicht als ein Verlaufsstadium der Waller'schen Degeneration. Schliesslich erwähnt er noch das sowohl bei der Alcoholneuritis wie bei anderen Krankheiten des Nervensystems beobachtete Auftreten eigenartiger durch häufige Theilung ausgezeichneter breiter blasser Fasern, über deren Natur noch nichts Bestimmtes auszusagen ist.

In Flatau's Falle (10) handelte es sich um einen 34jährigen Klempner, bei welchem sich in Folge von Otitis media tuberculosa sinistra eine peripherische Facialis- und Acusticuslähmung entwickelt hat. In Folge von Tuberculose ging der Patient zu Grunde. Die anatomische Untersuchung erwies auch eine Neuritis parenchymatosa et interstitialis im linken Gesichtsnerv, Degeneration des gesammten intramedullären N. facialis sin. und deutliche Veränderungen der Zellen im linken Facialiskern. Demgemäss wurde bei peripherischer Läsion Entartung im gesammten motorischen Neuron nachgewiesen (Marchi'sche Methode). Der linke N. cochlearis war entartet, der N. vestibularis intact. Ferner konnte man constatiren: 1. ein deutliches gekreuztes Facialisbündel; 2. dass der proximale Abschnitt des intramedullären Facialis auf einer Strecke von 1 mm mit dem distalen Theil des motorischen Trigeminuskern zusammentrifft; 3. der als gekreuztes Trigeminusbündel von Obersteiner abgebildete Zug stellt nur in seinem proximalen Theil ein einheitliches Bündel dar, dagegen ist er in seinem distalen Abschnitt gemischt, indem sein medialer Theil dem Facialis und der laterale Theil dem Trigeminus angehört.

Bernhardt (6) weist darauf hin, dass das von Salomonson im vorigen Jahre beschriebene Phänomen „der Verschiebung der motorischen Punkte als ein neues Symptom der Entartungsreaction" schon seit langer Zeit bekannt ist; den Grund für das

Zustandekommen desselben sieht er darin, dass die Muskeln nach dem distalen Ende hin einen geringeren Querschnitt haben, daher hier die Stromdichte eine viel grössere ist, als an den mehr proximal gelegenen Muskelpartieen.

Die Affection in dem Falle von Mies (22) soll dadurch entstanden sein, dass nach einer Verletzung an der Hand ein Zinkspan in die verletzte Stelle eingedrungen ist, hierselbst zunächst eine Zellgewebsentzündung hervorgerufen und dann später nach Analogie der Bleivergiftung durch Zinkvergiftung die Syringomyelie erzeugt hat. Letzteres hält Eulenburg (9), der denselben Fall beschreibt, für ausgeschlossen; er meint, dass eine ascendirende Neuritis als Mittelglied zwischen der peripherischen Verletzung und Zellgewebsentzündung und der consecutiven Rückenmarkserkrankung angenommen werden müsse.

Es gelang Heller (14) durch Sublimatinjectionen bei zwei Kaninchen eine Polyneuritis zu erzeugen; dieselbe documentirte sich hauptsächlich an den Hinterpfoten in hochgradigen motorischen Störungen; in dem einen Fall war auch die Sensibilität mitbetheiligt. Die electrische Erregbarkeit war in beiden Fällen normal. Bei der Section des einen nach $4^1/_2$ Wochen tödtlich verlaufenen Falles fand sich ein ausserordentlich starker Markzerfall in beiden Nn. ischiadici sowie eine schwere Veränderung der aus dem Rückenmark austretenden sensiblen Wurzeln; in letzteren konnte nichts Pathologisches nachgewiesen werden.

Bezüglich der Aetiologie der Ulnarislähmungen fand Janzer (18) in 16 Fällen, welche in der Nervenklinik und Poliklinik der Kgl. Charité beobachtet wurden, 3 mal als Ursache eine äussere Verletzung, 2 mal Druckwirkung, 2 mal Arsenintoxication, 4 mal eine Ueberanstrengung, 1 mal Erkältung und 4 mal ein Zusammenwirken verschiedener Umstände.

In Hirschel's Falle (15) entwickelte sich im Anschluss an eine Erkältung bei einem vorher völlig gesunden Manne eine Schmerzhaftigkeit der rechten Trigeminuspunkte, Hyperästhesie des ganzen Trigeminusgebietes, masticatorische Lähmung rechts, Entartungsreaction des M. temporalis und masseter rechts. Heilung im Verlaufe von $1^1/_4$ Jahren durch antirheumatische Behandlung.

Gessler (12) theilt mit: In Folge einer starken dauernd einwirkenden Ueberanstrengung, welche mit dem Beruf des Goldpolirens verbunden ist, trat bei 2 Arbeiterinnen eine hochgradige Muskelatrophie einer Reihe von Handmuskeln auf, ohne Störung der Sensibilität, dagegen mit completer Entartungsreaction der atrophischen Muskeln. Nach kurzer Zeit der Behandlung (Electrisiren und Strychnininjectionen) Heilung.

Wisselinck (34) beschreibt hier das Auftreten der progressiven neurotischen Muskelatrophie bei 3 Geschwistern, welche von gesunden Eltern stammten und bis zu ihrem 2. Lebensjahre ganz gesund waren. Der Process begann mit Schwäche und Ermüdung in den unteren Extremitäten; allmälig entwickelte sich in ihnen hochgradige Atrophie, späterhin dann auch in den oberen. Die microscopische Untersuchung frisch excidirter Muskelstücke ergab: starke Trübung der Substanz der Muskelfasern mit Verlust der Querstreifung, aber nur geringer Kernwucherung, weiterhin ein Zurückweichen des Sarcoplasmas vom Sarcolemmschlauch, bisweilen in Schollenform angeordnet. Atrophische Fasern mit erhaltener Querstreifung und Hohlräume in den Fasern mit Kernen wurden nur vereinzelt beobachtet.

[Bregmann, L. C., Ueber die aufsteigende Degeneration des N. facialis. Gazeta lekarska.

Microscopische Untersuchung eines Falles, wo im Anschlusse an Otorrhoe eine Parese des N. facialis eingetreten war. In vivo wurde totale Entartungsreaction der Nerven und der Muskeln nachgewiesen.

Spira (Krakau).]

2. Neuralgie.

1) Abbe, Robert, Intradural section of the spinal nerve for neuralgia. Boston med. and surgic. journal. No. 14. (Bericht über 3 Fälle, in denen durch die im Titel beschriebene Operation Heilung erzielt worden sein soll.) — 2) Hyde, Samuel, Analysis of two hundred cases of Sciatica. The Lancet. May 9. (Zusammenstellung bezüglich Geschlecht, Dauer der Erkrankung, Aetiologie, Heilung, Recidive etc.) — 3) Putnam, James J., On periodical neuralgias of the trigeminal nerve and their relation to the migraine with special relation to the intermittent supra-orbital neuralgia. Boston med. and surg. journal. No. 3. 4. (Durch den Titel erledigt.) — 4) Tubby, A. H., Metatarsal Neuralgia or Morton's disease with four cases. The Lancet. October 31. (Durch den Titel erledigt.)

III. Erkrankungen der Muskeln.

1) Bernhardt, M., Notiz über die familiäre Form der Dystrophia muscularis progressiva und deren Combination mit periodisch auftretender paroxysmaler Lähmung. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde VIII. (Vater und Sohn litten an der im Titel geschilderten Affection.) — 2) Bullard, William N., The surgical treatment of spastic paralysis. Boston med. and surgical journal. September 3. (Auf Grund mehrjähriger Erfahrungen wird angerathen, schwere Contracturzustände bei der spastischen Paralyse operativ durch Tenotomie oder Teno-Myotomie zu beseitigen.) — 3) Buttermilch, Max. Ueber den Radialistypus der spinalen progressiven Muskelatrophie. Inaug.-Diss. Erlangen 1895. (Klinische Mittheilung eines Falles, der vollständig analog der typischen Bleilähmung verlieft.) — 4) Coggeshall, F., The treatment of severe spasmodic Torticollis with report of cases. Boston. med. Journ. No. 9. — 5) Diller, Th., Primary muscular dystrophie in two brothers. Med. Record. No. 7. — 6) Düms, Ueber Trommlerlähmungen. Dtsch. militärärztl. Zeitschr. No. 4. — 7) Eulenburg, A., Ueber einen schweren Fall infantiler, familiärer Muskeldystrophie mit osteo-arthropathischen Deformationen. Dtsche. med. Wochenschr. No. 29. — 8) Fernholz, Herw., Zur Lehre von der Dystrophia muscularis progressiva. Inaug.-Diss. Berlin. (Auf Grund zweier hier mitgetheilter Fälle von hereditärer Muskelatrophie (Leyden's) hält F. es klinisch für rathsam, diese Form der progressiven Muskelatrophie auch fernerhin von der juvenilen Muskelatrophie Erb's zu sondern.) — 9) Flood, Everett, Five cases of pseudo-hypertrophic paralysis in one family. Boston med. and surgic.-journal. June 4. (Durch den Titel erledigt.) — 10) Herrick, James B., Polymyositis acuta, with report of a case presumably of syphilitic origin (Myositis syphilitica). Americ. journal. April. (Bericht über einen Fall, bei dem die Myositis 10 Jahre nach stattgefundener Infection auf

Grund dieser entstanden sein soll.) — 11) Kornilow, Alexander v., Polymyositis primaria acuta. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. IX. — 12) Laquer, Benno, Ueber acute intermittirende Monomyositis interstitialis. Deutsche med. Wochenschr. No. 28. (Seit ca. 6 Jahren fast alljährlich wiederkehrende Myositis des einen Biceps, verbunden mit ausserordentlicher Schmerzhaftigkeit, Schwellung und allgemeinen Fiebererscheinungen. Aetiologie ganz unklar; desgl. microscopische Untersuchung excidirter Muskelstückchen negativ.) — 13) Lépine, R., Myopathie progressive améliorée par la médication thyroidienne. Lyon méd. No. 19. — 14) Marquardt, Karl, Zur Aetiologie der Dystrophia muscularis progressiva. Inaug.-Diss. Berlin. — 15) Oppenheim und Cassirer, Zur sogenannten neurothischen Form der progressiven Muskelatrophie. Berl. klin. Wochenschr. No. 51. — 16) Ormerod, J. A., Paralysis of certain muscles of the hip and thigh. St. Barthol Hosp. Rep. — 17) Pincus, Ludwig, Die sogenannte Myositis progressiva ossificans multiplex, eine Folge von Geburtsläsion. Zeitschrift für Chirurgie XIIV. — 18) Placzek, S., Uncomplicirte Serratuslämung. Deutsche med. Wochenschr. No. 43. — 19) Richardson, Maurice H. und George L. Walton, Further observations on the treatment of spasmodic torticollis. Amer. Journ. of med. sc. July. (Weiterer Bericht über 3 Fälle, in denen die Affection durch die Operation [Muskeldurchschneidung und Resection der hinteren Wurzeln der betreffenden Nerven] geheilt wurde.) — 20) Schlesinger, Hermann, Hemiatrophia faciei auf Basis einer centralen Erkrankung. S. A. Wiener klin. Wochenschr. No. 20. (Klinischer Fall.) — 21) Silbermark, M., Ein Fall von asthenischer Bulbärparalyse. Ebend. No. 45—46. (Klinisch. Fall.) — 22) Strümpell, Adolf, Ueber die asthenische Bulbärparalyse (Bulbärparalyse ohne anatomischen Befund, Myasthenia gravis pseudoparalytica.) Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. VIII. — 23) Thompson, Hilton, J., A wry necked family. The Lancet. July 4. (2 Brüder und 2 Schwestern erkrankten sämmtlich im jugendlichen Alter zu verschiedenen Zeiten an schwer. Torticollis.) — 24) Wiener, Alfred, Progressive muscular dystrophy. (Bericht über einen Fall, in welchem durch passive und active Gymnastik eine erhebliche Besserung erzielt worden sein soll.)

v. Kornilow (11) theilt mit: Ein an einer subacuten parenchymatösen Nephritis leidender Mann erkrankte plötzlich an starken Schmerzen im Leibe, erheblichen Oedemen aller Extremitäten ohne Betheiligung der Haut, Schwäche und später eintretender totaler Lähmung mit Entartungsreaction der Muskeln. Ante exitum kam noch Atrophie derselben hinzu. Sensibilität war vollkommen normal. Das Sectionsergebniss war bezüglich des Rückenmarks und der peripheren Nerven vollkommen negativ, dagegen waren in den Muskeln hochgradige Veränderungen zu constatiren: Vacuolisation, trübe Schwellung und Atrophie der Fasern, kleinzellige Infiltration und Wucherung des interstitiellen Bindegewebes.

Düms (6) beschreibt 3 Fälle von Trommlerlähmung, welche dadurch zu Stande kommen soll, dass sich in Folge der einseitigen Muskelüberanstrengung beim Trommeln zunächst ein Erguss in die Sehnenscheide des M. extensor pollicis longus ausbildet. Späterhin soll es dann event. zu einer Zerreissung dieser Sehne und zwar meist unterhalb des peripheren Bandes des Liq. carpi dorsale kommen. D. schlägt daher vor, die Affection nicht „Trommlerlähmung", sondern ganz allgemein „Trommlersehne" zu nennen.

v. Strümpell (22) giebt eine ausführliche klinische Mittheilung eines typischen Falles, bei dem fast alle Muskelgebiete, in besonderem Maasse die Schluck- und Athemmusculatur, von der Affection befallen war. Die genaue Untersuchung des Gehirns und Rückenmarks lieferte ein durchaus negatives Ergebniss. Aetiologie auch in diesem Falle vollkommen unklar.

Pincus (17) theilt einen selbst beobachteten Fall von Myositis progressiva ossificans multiplex mit und stellt alle 38 bisher in der Literatur bekannten Fälle zusammen. Auf Grund dessen kommt P. zu dem Schlusse, dass die Myositis ossificans bezw. Exostosis luxurians oder Osteoma intermusculare multiplex, wie er die Affection zu nennen vorschlägt, in Folge einer angeborenen Constitutionsanomalie durch äussere Anlässe (Trauma, event. schon intra partum) bedingt sich entwickele. Der Process nimmt seinen Ausgang vom Periost, während das Muskelparenchym secundär durch einfache Atrophie zu Grunde geht. Sehr bemerkenswerth ist, dass häufig seltene symmetrische Missbildungen mit dem Process zusammentreffen, vor allem die Microdactylie.

Bezüglich des Verhältnisses der Heredität als Aetiologie der Dystrophia muscularis progressiva fand Marquardt (14) auf Grund einer Zusammenstellung von 28 Fällen, welche während der Jahre 1885—1896 in der Nerven- und psychiatrischen Klinik und Poliklinik der königl. Charité beobachtet wurden, 82,2 pCt. ohne, 10,7 pCt. mit Heredität und 7,1 pCt. mit allgemein neuropathischer Belastung.

Oppenheim und Cassirer (15) berichten über einen Fall, bei dem sich im Laufe zweier Jahre bei einem Arbeiter (Aetiologie unbekannt) eine atrophische Paralyse im Peroneusgebiet, sowie in einzelnen kleinen Handmuskeln entwickelte, weiterhin Paralyse der Orbiculares oculi, später Progression auf die Wadenmusculatur, Triceps und Supinator longus; daneben nur partielle Ea. R. Die Section ergab nirgends pathologische Veränderungen im gesammten centralen und peripheren Nervengebiet, dagegen das typische Bild der primären Myopathie in den Muskeln.

Bei einem 15jährigen Knaben aus Eulenburg's Beobachtung (7) besteht seit seiner Geburt eine angeborene Schwäche eines grossen Theils der Muskeln (Orbicularis oris, palpebrarum, M. frontalis, Corrugator supercilii, intensiver Schwund der beiderseitigen Musculatur des Oberarmschultergürtels, sowie mehr oder weniger intensive Schwäche der gesammten Musculatur aller vier Extremitäten), daneben eine bemerkenswerthe Deformation der betreffenden Skelettabschnitte: Verlängerung und Verdickung der Clavicula, sowie des Oberarmkopfes, Vergrösserung der Hand- und Fussknochen.

Drei Geschwister des Patienten zeigen ähnliche Störungen, wenn auch nicht in so ausgesprochenem Maasse.

Krankheiten der Nase, des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre

bearbeitet von

Privatdocent Dr. SEIFERT in Würzburg.

I. Allgemeines.

a) Lehrbücher, Monographieen und Statistik.

1) Bussenius, Die Klinik für Hals- und Nasenkrankheiten (dirig. Arzt: Geh. Rath Prof. Dr. B. Fränkel). Arch. f. Laryngol. V. Bd. — 2) Sticker, G., Der Bostock'sche Sommercatarrh. Spec. Path. u. Ther. v. Nothnagel. Bd. IV. — 3) Heymann, P., Handbuch der Laryngologie und Rhinologie s. S. 122.

Der Bericht von Bussenius (1) bezieht sich auf die ersten 6 Monate des Jahres, innerhalb welcher 162 Kranke behandelt wurden.

Sticker (2) nennt das Heufieber nach dem ersten Beschreiber desselben J. Bostock, Bostock'schen Sommercatarrh. Es handelt sich um einen infectiösen Catarrh, dessen Erscheinen mit der heissen Jahreszeit an die Ansiedlung resp. Entwicklungsvorgänge organischer Krankheitserreger gebunden ist. Die Ursache der ganzen Krankheit ist die besondere, allgemeine und örtliche Disposition, die Ursache des einzelnen Jahresanfalles ist ein lebendiger Erreger, die Ursache der täglichen Verschlimmerungen sind die äusseren Reize, unter welchen der Blüthenstaub einen gewissen Vorrang hat.

b) Störungen der Sprache.

1) Bok, Das Stottern und seine Behandlung. Württbg. Corr.-Bl. 42. — 2) Coën, Ueber den gegenwärtigen Stand der Stotterntherapie. Wien. med. Wochenschr. 19 u. 20. — 3) Gutzmann, H., Ueber Sprachstörungen in der Pubertätsentwickelung. Arch. f. Kinderheilk. XIX. Bd. 5. 6. H. — 4) Klindworth, L., Stuttering and how to cure it. Containing an improved method of respiration and the gymnastic of voice and speech. W. 72 woodc. 8. London. — 5) Liebmann, A., Eine neue Therapie des Stotterns. Deutsche medic. Zeitung. No. 31. (L. hält alle Uebungen der Athmung, Stimme und Articulation bei der Behandlung des Stotterns für überflüssig. Was dem Stotterer nöthig ist, ist nur die Herstellung des richtigen zeitlichen Verhältnisses zwischen dem consonantischen und vocalischen Element der Sprache, nämlich das zeitliche Ueberwiegen des letzteren. Er lässt daher gleich in der ersten Sitzung Sätze im Sprechton mit gedehnten Vocalen und kurzen, aber scharf articulirten Consonanten sprechen.) — 6) Neumann, A., Ueber das Stottern. gr. 8. Leipzig. — 7) Winckler, Beiträge zur Pathologie des Stotterns, zusammengestellt nach Untersuchungsergebnissen stotternder Schulkinder. Wien. med. Wochenschr. No. 17—19.

Ausser der Allgemeinbehandlung, ausser der Beseitigung von Störungen in Nase und Nasenrachenraum hält Bok (1) die didactische Methode für sehr wichtig, welche auf die Beseitigung unzweckmässiger Mitbewegungen, sowie das Geläufigmachen der nothwendigen Bewegungen bei der Bildung der einzelnen Laute gerichtet sein muss.

Ein wichtiges Moment ist die Hebung und Stärkung der Willensthätigkeit, weiterhin die allgemeine Belebung und Tonisirung des Organismus. Die von Gutzmann ausgebildete Heilmethode des Stotterns bezeichnet Coën (2) als eine künstliche, während er für die Wiener Methode die Benennung „natürliche Heilmethode" in Anspruch nimmt.

Zu den körperlichen Veränderungen der Pubertätsentwickelung gesellen sich oft auch psychische Störungen, welche directen Einfluss auf die Entstehung von Sprachstörungen haben: exaltirtes Wesen, müssiges Träumen und Schwärmen etc. Einige Beispiele führt Gutzmann (3) an, um den Zusammenhang zwischen Pubertätsentwickelung und Sprachstörung zu zeigen. In erster Linie wird je ein Fall von Abulie und Aphthongie mitgetheilt, dann ein Fall von Stolpern und 4 Fälle von acut aufgetretenem Stottern. Prognose in solchen Fällen gut.

Die statistischen Erhebungen Winckler's (7) beziehen sich auf 210 stotternde Schulkinder. Hereditär belastende Krankheiten der Ascendenten konnten bei dem grössten Theil nicht nachgewiesen werden. In wie weit Infectionskrankheiten die Entwicklung dieser Sprachneurose begünstigen können, ist noch unbekannt. 92 Kinder stotterten bei Consonanten, 70 bei Vocalen und Consonanten, reines Vocalstottern wurde nur bei 6 Kindern constatirt.

[1) Oltuszewski, W., Vierter Beitrag zur Lehre über Sprachanomalien. Medycyna. 39—42. — 2) Derselbe, Allgemeine Bemerkungen über Sprachstörungen. Przegl. lekarski. No. 35.

Von Juli 1895 bis Juli 1896 beobachtete Verf. 200 Fälle von Sprachstörungen. Davon entfielen 41 auf Stummheit. Diese theilt Verf. ein in motorische, sensible und transcorticale Stummheit. Alle diese Formen sind der Heilung zugänglich, welche auf Ausarbeitung und Stärkung des Wortgedächtnisses mittels entsprechender systematischer Uebungen beruht. Von besonderer Bedeutung für den Logopathologen, Neurologen und Otiater sind die Fälle mit der sogenannten transcorticalen Worttaubheit, welche sich von der gewöhnlichen Taubheit durch das Verstehen mancher Ausdrücke, von vollständiger Taubheit durch die Wahrnehmung von Geräuschen und Tönen unterscheidet und auf angeborenen oder erworbenen pathologischen Veränderungen im Gehörorgane beruht. Diese Patienten können durch eine ähnliche Behandlung wie bei der corticalen Taubheit das Verständniss und den selbständigen Gebrauch der Sprache wiedererlangen. Stammeln und fehlerhafte Aussprache kam 51 mal vor. Diese Affectionen können corticalen und subcorticalen Ursprunges sein. Mit nasaler Sprache waren 7 Fälle behaftet. Auf Grund seiner Erfahrungen betrachtet Verf. die angeborene nasale Sprache als heilbar.

Von 101 Fällen mit Stottern waren 47 bedingt durch Heredität, dann kam als Ursache Trauma, Schreck, Nachahmung u. a. In 7 Fällen davon waren begleitende Erscheinungen vorhanden, bestehend in Contractionen ausserhalb des Articulationsapparates. Von den behandelten 16 Fällen dieser Anomalien wurden alle geheilt.

Verf. (2) bespricht die von ihm innerhalb 3 Jahren beobachteten und zum Theil auch behandelten 40 Fälle von Sprachstörungen, welche Stammeln, Poltern, Stottern fehlerhafte Aussprache, nasale Sprache und Stummheit umfassen. Bei allen Formen konnte er in seiner Anstalt Heilung erzielen. Sogar die Formen von organischer Stummheit, welche auf Beschädigung entsprechender Hirnrindenstellen beruhen, sind nach Verfasser heilbar. Die Behandlung besteht in methodischen Uebungen jenes Gedächtnisses, dessen Verlust oder Functionsstörung die Stummheit bedingt.

Spira (Krakau).]

c) Untersuchungsmethoden.

1) Bruns, P., Ueber die Kirstein'sche directe Laryngoscopie und ihre Verwendung bei endolaryngealen Operationen. Berl. klin. Wochenschr. No. 8 u. Beitr. z. klin. Chirurgie. Bd. 15. — 2) Katzenstein, J., Das „Orthoscop", ein neuer Kehlkopfspiegel, der aufrechte Bilder giebt. Berl. klin. Wochenschr. No. 16 u. Arch. f. Laryng. 4. Bd. 2. H. — 3) Derselbe, Die Autoscopie des Nasenrachenraumes. Arch. f. Laryng. V. Bd. (Der weiche Gaumen wird mit einem Gaumenhaken bei hängendem Kopf abgezogen, so dass der Nasenrachenraum zu übersehen ist, aden. Vegetat. unter directer Führung des Auges operirt werden können und die Catheterisirung der Tuba Eust. vom Nasenrachenraum aus ermöglicht wird.) — 4) Killian, G., Ueber Rhinoscopia media. Münch. med. Wochenschr. No. 33. — 5) Kirstein, A., Die Freilegung der tiefen Halstheile mit dem Zungenspatel (Autoscopie der Luftwege). Münch. med. Wochenschr. S. 719. Ann. d. malad. de l'oreille. No. 3 u. 8. (Bericht über die Entwickelung seiner Methode zur jetzigen Spateltechnik.) — 6) Kohn, S., Upon the importance of digital examination in the diagnosis and treatment of diseases of the throat and nose. Medic. Record. 18. April. — 7) Turner, Autoscopy of the larynx and trachea, or direct examination without the aid of the laryngeal mirror, introduced by Dr. Alfred Kirstein of Berlin. Edinb. Journ. July. (Technik und Instrumentarium nach Kirstein demonstrirt.)

Bruns (1) spricht sich sehr anerkennend über die Kirstein'sche Methode aus, die er namentlich bei Kindern in der Chloroformnarcose für leicht ausführbar hält und als geeignet, um Operationen in Kehlkopf und Trachea auszuführen.

Katzenstein (2) hat zwei Spiegel in einem Instrument vereinigt, von denen der zweite Spiegel das umgekehrte Bild des ersten abermals umkehrt, so dass ein aufrechtes Bild resultirt.

Zur Untersuchung der Rima mit der Keilbeinmündung, des Hiatus des Eingangs zur Stirnhöhle und den mittleren Siebbeinzellen benutzt Killian (4) das verlängerte Kramer-Hartmann'sche Nasenspeculum, dessen Branchen nach vorheriger Cocaïnisirung der Theile zwischen mittlere Muschel und Nasenscheidewand eingeführt werden.

Kohn (6) betont die Wichtigkeit der Digitalexploration für adenoide Vegetationen, maligne Erkrankungen des Nasenrachenraumes, folliculäre Tonsillitis, phlegmonöse Tonsillitis, für Fremdkörper sowie als Vorübung für die Intubation.

d) Instrumentarium und Localtherapie.

1) Barton, J. L., Diseases of the trachea, bronchi, and lungs, treated by intratracheal injection. New-York med. record. 1. August. — 2) Brady, Tonsillotom zur Entfernung der hypertrophischen Zungentonsille. Centralbl. f. Laryng. 11. S. 569. (Mackenzie'sches Tonsillotom, im schneidenden Theil passend gekrümmt.) — 3) Daae, H., Ein Apparat zur Ausspritzung der Nase. Arch. f. Laryng. IV. Bd. 1. H. (Ausspritzung der Nase mit Nélaton-Catheter, dessen Ohr zugenäht ist, während der vordere Theil durchlöchert ist, und dessen Anfang mit einer Ballonspritze in Verbindung gesetzt wird.) — 4) Downie, W., An account of eight consecutive cases of thyrotomy (crico-thyrotomy) with one death, for removal of intra-laryngeal growths etc. Glasgow Journ. October. — 5) Fränkel, B., Tamponträger für den Nasenrachen. Arch. f. Laryng. Bd. IV. (Aehnlich dem Baginsky'schen Tamponträger, jedoch mit der Form des Nasenrachraums angepasster Krümmung.) — 6) Freudenthal, W., Ein Nasenbeutel. Arch. f. Laryng. IV. Bd. 2. H. (Gummibeutel mit Eis zu füllen zur Stillung von Nasenblutungen, mit heissem Wasser gefüllt zur Coupirung acuten Schnupfens auf die Nase zu legen.) — 7) Gleitsmann, J. W., Ueber Behandlung von Septumdeviationen mittelst der Trephine und der Methode von Asch. Arch. f. Laryng. IV. Bd. 1. Heft. — 8) Heryng, Th., Ueber Phenolum sulfo-ricinicum und seine Anwendung bei tuberculösen und chronischen Erkrankungen des Rachens, des Kehlkopfes und der Nase. Therap. Monatsh. 3—6. Gazeta lekarska 23—27. — 9) Kafemann, Ueber eine vereinfachte Methode der Inhalation mittelst des Nasenspülglasinhalators. Therap. Monatsh. XI. (Glasbehälter

in welchem wenige Tropfen ätherischer Medicamente erwärmt werden und zur Inhalation kommen.) — 10) Katz, L., Eine runde Curette zur Entfernung adenoider Vegetationen. Therap. Monatshefte. September. (Durchlöcherter scharfer Löffel entsprechend gebogen.) — 11) Kirstein, Zur Operation der adenoiden Vegetationen des Nasenrachens. Berl. klin. Wochenschr. No. 9. (Abänderung des Gottstein'schen Messers. Der Vortheil besteht darin, dass der Raum zur Aufnahme der Rachentonsille grösser ist.) — 12) Kramer, W., Zur Anwendung parenchymatöser Carbolinjectionen bei tonsillären Erkrankungen. Centralbl. für Chir. No. 47. (2—3proc. Carbollösung zu je $^1/_2$ ccm durch den vorderen Gaumenbogen bei häufig recidivirender Angina phlegmonosa einspritzen.) — 13) Krebs, G., Die Behandlung des chronischen Rachen- und Kehlkopfcatarrhs. Therap. Monatsh. VI. VII. — 14) Kümmel, W., Die Behandlung von Verengerungen des Kehlkopfs und der Luftröhre mit gläsernen Schornsteincanülen nach Mikulicz. Arch. f. Laryng. IV. Bd. 1. Heft. — 15) Liebreich, Ueber eine neue Methode, Arzneisubstanzen im Nasenrachenraum zu vertheilen. Therap. Monatsh. VIII. (Ein zusammengedrückter Baumwollentampon von der Grösse, dass er das Vestibulum ausfüllt, wird mit Flüssigkeit getränkt und in das Vestibulum geschoben. Der Pat. öffnet den Mund und der Arzt drückt vorsichtig mit Zeigefinger und Daumen das Vestibulum so zu, dass die Flüssigkeit aus dem Tampon nach dem Nasenrachenraum gespritzt wird.) — 16) Ottenfeld, M., Ueber die Heilwirkung des Wasserstoffsuperoxyds bei Erkrankungen der Nasen- und Rachenhöhle. Wiener med. Wochenschr. No. 5. — 17) Pieniazek, Die Tracheoscopie und die tracheoscopischen Operationen bei Tracheotomirten. Arch. f. Laryng. IV. Bd. H. 2. — 18) Santi, Neue Tracheotomiecanüle. Centralbl. für Laryngol. 11. S. 569. (Canüle mit einer Klappe versehen.) — 19) Scheppegrell, W., The use of peroxide of hydrogen in diseases of the nose, throat and ear. Medic. Record. 8. Aug. — 20) Vulpius, W., Die Behandlung der Thränennasencanalstenose: eine rhinologische Aufgabe. Dtsch. med. Wochenschr. No. 7. (Dauersonden aus Silberdraht, die Tage- und Wochenlang getragen werden können.) — 21) Ziem, Eine neue Druckpumpe und ihre Verwendung in der practischen Medicin. Berl. klin. Wochenschr. No. 37.

Mit intratrachealen Injectionen von Menthol, Guajacol, Benzoinol und Europhen hat Barton (1) 25 Fälle von Laryngo-Tracheitis, Bronchitis, Tuberculosis und Asthma mit gutem Erfolg behandelt.

Bei einem von 3 Kindern mit Papillomen des Kehlkopfes führte Downie (4) im Laufe eines Jahres 6 mal die Thyreotomie aus. Ein Fall von Fibroma laryng. bei einem 53jährigen Manne brachte den Exitus 4 Tage nach der Operation an septischer Pneumonie; bei einem Falle wurde die Operation wegen Tuberculose gemacht, bei je einem Falle wegen Epitheliom, Schleimpolyp und Narbenstenose.

Gleitsmann (7) giebt eine kurze historische Skizze über die Entwickelung der in Deutschland in der letzten Zeit empfohlenen Operationstechnik mittels Trephine und Electromotor. Das Verfahren von Asch leistete ihm gute Dienste.

Mit dem Ruault'schen Phenol hat Heryng (8) günstige Erfahrungen gemacht, nicht allein bei entzündlichen Erkrankungen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes, sondern auch bei specifischen, wie Tuberculose, Rhinosclerom und Syphilis. Bei weitem übertroffen aber wurden diese günstigen Resultate bei Neubildungen im Kehlkopfe, bei Papilloma laryngis. 6 längere Zeit controllirte Beobachtungen zeigten, dass das Ph. sulfo-ric. nicht nur ein vortreffliches, die Recidive nach der Operation verhütendes Mittel ist, sondern auch Papillome an gewissen Kehlkopfstellen schon nach einigen Bepinselungen ohne Operation zum Schwinden bringt.

Kümmel (14) bespricht die Methode der von Mikulicz empfohlenen gläsernen Canülen und erläutert den Werth derselben an 11 schweren Stenosefällen.

Ottenfeld (16) rühmt den günstigen Einfluss des Wasserstoffsuperoxyds in Form von 2 proc. Lösung zu Nasen- und Rachenbädern in wechselnd häufiger Wiederholung.

Nach einer Schilderung der Methodik der Tracheoscopie und der tracheoscopischen Instrumente bespricht Pieniazek (17) die krankhaften Veränderungen, welche in der Luftröhre zur Beobachtung kommen: den acuten und chronischen Trachealcatarrh, den Croup, Veränderungen, welche in der Luftröhre durch Canülen hervorgerufen werden, Schwellungszustände, das Sclerom, Compressionsstenosen, gutartige Neubildungen und Fremdkörper.

Scheppegrell (19) rühmt sehr das Wasserstoffsuperoxyd bei Ozaena, ferner bei membranöser Rhinitis. Bei specifischer Nasennecrose, bei Rachendiphtherie, Kehlkopfdiphtherie hat er ausgezeichnete Erfolge beobachtet.

c) Sclerom.

1) Baurowicz, A., Verengerung der Bronchien in Folge des Scleroms. Arch. f. Laryng. IV. Bd. 1. H. — 2) Koschier, Combination von Sclerom und Tuberculose im Larynx. Wien. klin. Wochenschr. No. 42. — 3) v. Weismayr, Eine noch nicht beobachtete Complication des Scleroms der Luftwege. Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 11. (Combination von Tuberculose und Sclerom des Larynx.)

Der von Baurowicz (1) beschriebene seltene Fall betrifft ein 18jähriges Bauernmädchen aus Galizien, welches vor 2 Jahren tracheotomirt war. Trotzdem grosse Athemnoth. Trotz wiederholter Eingriffe (Curettement, Bougiren der Bronchien) starb die Patientin, bei der Section stellte sich heraus, dass die Infiltrate und Hyperplasien längs dem Bronchus 1. Ordnung auch tief auf die der 2. Ordnung übergingen. Im Kehlkopfe waren die chordalen und subchordalen Infiltrationen, Verwachsungen, Wulstungen so beträchtlich, dass nur eine kleine, für eine feine Sonde durchgängige Glottisöffnung zu constatiren war.

Bei einem 53jährigen Manne wurde die Diagnose auf Scleroma nasi et laryngis gestellt. Zwei Jahre lang erträgliches Befinden, dann hochgradige Athemnoth. Im Larynx zeigte sich stärkere Infiltration und grosses Geschwür an der hinteren Larynxwand. Tuberkelbacillen im Sputum schon früher nachgewiesen. Exitus. Koschier (2) beschreibt genau das anatomische Präparat des Larynx. Die histologische Untersuchung bestätigte die früher gestellte Diagnose: Sclerom mit späterer Infection durch Tuberkelbacillen.

II. Nase.

a) Lehrbücher und Monographieen.

1) Bresgen, M., Krankheits- und Behandlungsweise der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle. Mit 167 Holzschn. 3. Aufl. 2. Hälfte. gr. 8. Wien. — 2) Grünwald, L., Die Lehre von den Naseneiterungen. 2. Aufl. gr. 8. M. 8 Abb., 2 Taf. u. 1 Tab. München. — 3) Lermoyez, M., Thérap. des mal. des fosses nasales, des sinus de la face et du pharynx nasale. 2 vols. 18. Av. 144 fig. Paris. — 4) Macdonald, G., A treatise on diseases of the nose etc. 8. London. — 5) Rosenthal, C., Die Erkrankungen der Nase, deren Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes. 2. Aufl. M. 41 Fig. gr. 8. Berlin.

In dem bekannten Buche von Bresgen (1) sind manche Capitel gegen früher nicht unwesentlich erweitert, z. B. ist bei der Diphtherie die Beurtheilung des Diphtherieheilserums eingefügt. Das Literaturverzeichniss wird allmälig so umfangreich, dass es bei weiteren Auflagen wegbleiben wird.

Die neue Auflage der Grünwald'schen (2) Monographie ist vollkommen umgearbeitet und mit einer Farbentafel und einer lithographischen Tafel ausgestattet.

b) Allgemeines.

1) Antenore, Un caso di nevrosi riflessa del naso. Raccoglitore. 20. VI. (Fall von nasalem Asthma.) — 2) Bronner, A., The importance of an early diagnosis and treatment of nasal obstruction in children. Brit. med. Journ. 12. Sept. (Schilderung des bekannten schädlichen Einflusses der aden. Veget. auf die Gesammtentwicklung des Kindes.) — 3) Fränkel, E., Der abnorme Hochstand des Gaumens in seinen Beziehungen zur Septumdeviation und zur Hypertrophie der Rachentonsille. Dissert. Basel. (Der harte Gaumen der an aden. Veget. Leidenden weicht in seiner Form durchschnittlich gar nicht vom Normalmaass ab. Bei Septumdeviationen findet man häufig einen Höhenindex für den Gaumen, der über dem Normalmaass steht, jedoch entspricht der grösste Höhenindex nicht immer der stärksten Verbiegung.) — 4) Goodale, J. L., An experimental study of the respiratory functions of the nose. Boston Journ. No. 19. (Physiologische Studie mit zahlreichen Versuchsreihen.) — 5) Hajek, M., Ueber die pathologischen Veränderungen der Siebbeinknochen im Gefolge der entzündlichen Schleimhauthypertrophie und des Nasenpolypen. Arch. f. Laryng. IV. Bd. — 6) Réthi, L., Ueble Zufälle nach Nasenoperationen. Arch. f. Laryng. IV. Bd. — 7) Schech, Das nasale Asthma und seine Beziehungen zum Emphysem. Münchener medicin. Wochenschr. No. 18. — 8) Teichmann, Casuistisches und Kritisches zur Lehre von den Naseneiterungen. Therap. Monatshefte. December. (Ein Fall von Kieferhöhlenempyem, der längere Zeit unklar war, veranlasst T. zu einer Besprechung der bekannten Grünwald'schen Anschauungen über Naseneiterungen.) — 9) Thomson, Cl. and F. R. T. Hewlett, Micro-organisms in the healthy nose. Med. chir. Transact. Vol. 87. (Der Naseneingang enthält reichlich Bacterien, das eigentliche Naseninnere ist in der Regel aseptisch, nur ausnahmsweise findet man auf der Schleimhaut der gesunden Nase Microorganismen.) — 10) Treitel, Ueber Hirnerkrankungen nach Naseneiterungen. Berl. klinische Wochenschr. No. 51. (Unter etwa 6000 Sectionsprotocollen, welche T. durchsah, fand er 21 Fälle von Hirnabscess, von denen man 3 auf eine Eiterung der Stirn-, resp. Stirn- und Siebbeinhöhle beziehen konnte.) — 11) Zwaardemaker und Reuter, Qualitative Geruchmessung. Arch. f. Laryng. 4. Bd. 1. H.

Nach den Untersuchungen von Hajek (5) gehört weder die rareficirende Ostitis, noch die hyperplastische Knochenveränderung zum Wesen der Polypen, sie stellen vielmehr nur accessorische, secundäre Veränderungen dar. Der Polyp ist eine ödematöse Schleimhauthypertrophie, bei welcher der Process entweder bloss auf die oberflächlichen Schichten beschränkt bleiben oder auch mehr in die Tiefe greifen kann, wobei nebensächlich ist, ob diese Entzündung durch eine diffuse catarrhalische Erkrankung der ganzen Nasenschleimhaut oder nur eines Theils derselben oder durch ein Empyem, also mehr aus localer Ursache hervorgerufen wird.

Von solchen Zufällen nennt Réthi (6) Ohnmachten, Kopfschmerz, epileptiforme Anfälle, Erbrechen, Fieber, Angina, Delirien, Reflexerscheinungen, ferner Erysipel, Phlegmone, Pyaemie und Septicaemie, Meningitis. Warnung vor zu lange dauernder Tamponade.

Schech (7) konnte das schon von Sommerbrodt behauptete Vorkommen einseitigen Asthmas und zwar entsprechend der erkrankten Seite der Nase bestätigen, ebenso die Existenz larvirter Formen, unter denen die chronische Bronchitis mit leichten Athembeschwerden und ohne deutliche Lungenblähung die häufigste Abart ist. Man soll bei Asthma und chronischer Bronchitis immer auch die Nase untersuchen und eine Localbehandlung einleiten.

Zwaardemaker und Reuter (11) unterscheiden für die pathologische Untersuchung 9 Klassen von Gerüchen, aus welchen für die Untersuchung ein characteristischer Vertreter ausgewählt ist, der in Form fester Riechcylinder oder als Lösung des Riechstoffes zur Verwendung kommt. Die festen Riechstoffe geben klinisch bessere Untersuchungsresultate. Die Verff. bestimmen die Riechkraft für die von ihnen gewählten 9 Riechmesser.

[Srebrny, Z., Sycosis der Oberlippe in Folge von Nasenkrankheiten. Medycyna. No. 41 u. 42.

Verf. hat in 4 Fällen von hartnäckiger, jedweder Behandlung trotzender Sycosis eine chronische Eiterung in der Nase und zwar 2 mal in Folge Necrose der Ethmoidalzellen und 2 mal wegen eines gleichartigen Processes im Keilbeine constatirt. Nach Behebung dieses Leidens bezw. nach Excochleation der erkrankten Knochen und Entfernung von Sequestern aus denselben erfolgte auch dauernde Heilung der Sycosis. Verf. macht wohl mit Recht auf die besondere Wichtigkeit einer präcisen Untersuchung der Nase bei jeder Sycosis aufmerksam.

Trzebicky (Krakau).]

c) Rhinitis, Bacterien, Therapeutisches.

1) Meyer, E., Bacteriologische Befunde bei Rhinitis fibrinosa. Arch. f. Laryng. IV. Bd. 2. H. — 2) Ribary, U., Klinisch-anatomische Beiträge zur Rhinitis sicca anterior. Dissert. Basel. — 3) Siebenmann, Der trockene Catarrh und die Epithelmetaplasie der knorpeligen Nase (Rhinitis sicca anterior). Münch. med. Wochenschr. 44. 1895. (Anfangs erscheint die Vesti-

bularschleimhaut röthlich braun, klebrig, zuweilen trocken oder wie bestäubt, später gräulich, es bilden sich Borken und Krusten, die Schleimhaut epidermisirt sich schliesslich. Durch Kratzen werden verschiedene Infectionen begünstigt. Therapie: erweichende Salben.)

Von 31 Fällen hat Meyer (1) 9 microscopisch, die übrigen durch Cultur- und Thierversuche geprüft, er kommt zu dem Schlusse, dass Rhin. fibr. keine einheitliche Krankheit in ätiologischer Beziehung sei, dass sie sowohl als Symptom einer diphtherischen Infection auftreten, wie auch durch Staphylococcen und Streptococcen hervorgerufen sein könne.

Studie von Ribary (2) über die von Siebenmann so benannte Erkrankung der Nase. Die Rhinitis sicca anterior, eine auf das knorpelige Septum beschränkte Rhinitis sicca ist das wichtigste ätiologische Moment für habituelle Epistaxis und Ulcus perforans, sehr wahrscheinlich auch für den blutenden Septumpolyp und muss als ein prädisponirendes Moment für Infection der Nase mit Tuberculose, Syphilis, Erysipel und für Entstehung der abscedirenden Perichondritis des Septums angesehen werde.

d) Neurosen, Septum, Epistaxis.

1) Artin-Delteil, Ulcère perforant de la cloison nasale. Montpell. méd. 42 u. 43. — 2) Gouguenheim, A., Ueber die entzündlichen Abscesse der Nasenscheidewand. Arch. f. Laryng. V. Bd. — 3) Purdon, S., Perforating ulcer of septum nasi and vomer. Dublin Journ. April. (2 Fälle mit kurzer Angabe d. Therapie.) — 4) Réthi, Die Verbildungen der Nasenscheidewand in ihren örtlichen und allgemeinen Beziehungen. Bresgen's Sammlung. Bd. I. No. 9. — 5) Rice, Cl., In what manner can ulcerations of the nasal septum following operation and in atrophic rhinitis be healed to secure an even and moist surface? (Amer.) Med. News. 8. Febr. (Solche Ulcerationen sollen bis die Oberfläche glatt ist, mit antiseptischen Irrigationen behandelt, dann die Oberfläche mit einem geeigneten Antisepticum bestrichen werden, bis die Narbe auch weich u. feucht ist.) — 6) Schmidt, M., Weitere Erfahrungen über die Behandlung der Unregelmässigkeiten der Nasenscheidewand mittelst der electrisch getriebenen Sägen. Arch. f. Laryng. V. Bd. — 7) Seiler, C., Some remarks on perforation of the nasal septum. Philad. Reporter. 3. Oct. (Besprechung dieser Form des Ulcus.)

Meist ist der am vorderen unteren Theile der Nasenscheidewand sitzende Abscess doppelseitig, von blassroth-grauer Farbe, hart oder fluctuirend und entsteht sehr rasch nach einem Insulte. Gouguenheim (2) empfiehlt möglichst frühzeitige Eröffnung.

Die Septumdeviationen sind traumatische oder sie sind compensatorische. Réthi (4) bespricht die von solchen ausgehenden Symptome: Nasenstenose, Sprachstörungen, gelegentliche Beeinträchtigung des Geruchs und Geschmacks, Kopfschmerz, Asthma, Herzklopfen, Husten. Bei dem Kapitel Therapie werden alle bekannten Operationsmethoden berücksichtigt.

Die von Schmidt (6) in 150 Fällen benutzte Methode kann durch Cocain nahezu schmerzlos, rasch und ambulatorisch vorgenommen werden. Indicationen zur Operation bilden Unwegsamkeit der Nase, Asthma, Synechieen, Contraindicationen frische Entzündungen in der Nase und eiternde Hauterkrankungen am Naseneingange.

e) Ozaena.

1) Bayer, Ueber Ozaena, ihre Aetiologie und Behandlung vermittels der Electrolyse. Münch. med. Wochenschr. No. 32 u. 33. (B. hält die Ozaena für eine Trophoneurose, das beste Mittel dagegen sei die interstitielle Electrolyse, deren Gebrauch freilich nicht ohne Gefahr ist.) — 2) Ertler, M., Beitrag zur Behandlung der Nasen- und Rachenkrankheiten. Wien. med. Presse. No. 31. (Ichthyol in 2—5 proc. Lösung bei Ozaena durch die Nase zu spritzen und nachher die Nase mit 25 proc. Ichthyollösung zu pinseln.) — 3) v. Rimscha, Caries der Nase unter dem Bilde der Ozaena. Petersb. med. Wochenschr. 52. — 4) Seiss, R., Some recent advances in the treatment of atrophic rhinitis. Med. News. 28. Nov.

v. Rimscha (3) führt aus, dass die Ozaena am häufigsten vorgetäuscht wird durch Caries, wobei wohl die Tuberculose eine grosse Rolle spielt. Nebenhöhlenerkrankungen konnte er in einem Theil der Fälle nachweisen.

Seiss (4) verwirft alle Spülungen und Douchen, er benutzt einen präliminären Spray mit H_2O_2 und nachfolgender Entfernung der Krusten mittelst eines Spray von Borsäurelösung.

f) Geschwülste, Syphilis, Tuberculose, Rhinolithen etc.

1) Alexander, Die Nasenpolypen in ihren Beziehungen zu den Empyemen der Nasennebenhöhlen. Arch. f. Laryngol. Bd. V. — 2) Boluminski, O., Beiträge zur Tuberculose der oberen Luftwege. Diss. Erlangen. 1895. (4 Fälle aus dem Ambulatorium von Gerber mit Tuberculose der Nase, des Rachens, des Mundes und des Kehlkopfes.) — 3) Bond, Ein Fall von Larven in der Nase. Centralbl. f. Laryng. 11. S. 562. (49 jähr. Frau, 3 Wochen lang an übermässiger Nasensecretion, Kopfschmerz etc. leidend. Schliesslich wurden 4 Larven aus der Nase entfernt, welche der Piophila casei angehörten.) — 4) Derselbe, Recidivirendes Sarcom der Nase. Ebendas. 11. S. 568. (Geschwulst vom unteren Theil des Septums ausgegangen.) — 5) Cohn, W., Ueber Sarcome der Nasenscheidewand. Diss. Königsberg. (4 Fälle, ein melanotisches Sarcom, ein Fibroangiosarcom, zwei Rundzellen (?) sarcome. Die bösartigen Tumoren des Septums bieten eine bessere Prognose als die Siebbeinsarcome bezüglich der radicalen Heilung.) — 6) Finder, Einige Bemerkungen über maligne Nasengeschwülste. Arch. f. Laryng. V. Bd. (Unter 28 000 Kranken fanden sich 10 Fälle von Sarcom und 2 von Carcinom.) — 7) Gerszewski, W. v., Ueber Tuberculome der Nase im Anschluss an zwei eigenartige Fälle von tuberculösen Geschwülsten der Nase. Diss. Königsberg. (24 jährige Frau mit Tuberculomen der rechten Nase, Spaltung der Nase; 39jähriger Mann Tuberculome beider Nasenhöhlen und des Kehlkopfes.) — 8) Joël, Ei, Die Neubildungen der Nasenhöhlen und des Nasenrachenraumes unter besonderer Berücksichtigung der gutartigen (mit Ausschluss der adenoiden) Vegetationen. Haug's Sammlung. Bd. I. H. 12. — 9) Küsel, W., Beitrag zur Kenntniss der Geschwülste der Nasenscheidewand. Diss. Königsberg. — 10) Lantin, G., Ueber Fremdkörper der oberen Luftwege und 4 neue Fälle von Rhinolithen. Arch. f. Laryng. IV. Bd. 2. Heft. — 11) Lermoyez, Traitement des polypes muqueux des fosses nasales. Bull. de thérap. CXXX. 2. (Abtragen mit der Schlinge, nachher Aristol einblasen und später die Ursprungs-

stelle cauterisiren.) — 12) Mackenzie, H., A case of diffuse papillomatous degeneration of the nasal mucous membrane. Lancet. 15. Aug. (Beide Nasenhöhlen erfüllt mit papillomatösen Massen, die zum Theil mit Schlinge, zum Theil mit der Curette entfernt werden. Microsp. Untersuchung ergab hartes Papillom.) — 13) Mierendorff, R., Ueber die Osteome der Nasenhöhle. Diss. Greifswald. 1895. (Siebbeinosteom über Feigengross, bei einer 52 jähr. Frau durch Spaltung der Nase entfernt.) — 14) Somers, L. S., Nasal syphilis with extensive lesions. Philad. Reporter. No. 17. (Die ausgedehnten Veränderungen traten 9 Jahre nach der Infection auf und heilten mittels Quecksilber und Jodkali.)

In 149 Fällen von Nasenpolypen fand Alexander (1) 80 mit einem Empyem combinirt, davon traten 57 auf die Oberkiefer-, 5 auf die Keilbein-, 8 auf die Siebbein-, 1 auf die Stirnbeinhöhlen und 9 auf alle Höhlen.

Die häufigste Form der Nasengeschwülste stellen die ödematösen Fibrome dar, weiche Papillome traf Joël (8) unter 231 Fällen von Nasentumoren 60 mal. Von den seltenen zur Beobachtung kommenden Tumoren werden erwähnt die Cysten, Osteome, Lipome, Tuberkeln und Gummageschwülste, das Sclerom und die Lepraknoten. Unter den ätiologischen Momenten spielen die Erkrankungen der Nebenhöhlen eine grosse Rolle.

Bericht von Küsel (9): a) über einen Fall von zu beiden Seiten des Sept. sitzenden polypoiden Schleimhauthypertrophien. b) über ein an der Grenze zwischen knorpeligem und knöchernem Septum sitzendes bohnengrosses Fibrom. Erstere mit flimmerndem Cylinderepithel, letzteres mit Plattenepithel überkleidet.

In dem Bericht von Lantin (10) handelt es sich um 18 Fälle von Fremdkörpern der Nase und 4 Fälle von Nasensteinen, dann 11 Fälle von Fremdkörpern in der Mundrachenhöhle und 1 Fall von Fremdkörpern im Kehlkopf. Die 4 Rhinolithen sind sorgfältig microscopisch und chemisch untersucht worden; es ergab sich, dass in allen 4 Fällen dem Stein ein Fremdkörper zu Grunde lag, um den sich crystallinische und bacterielle Anhäufungen gebildet hatten. Eine active Thätigkeit der Bacterien anzunehmen, sieht L. keinen Grund.

[Sedziak, J., Ein Beitrag zur Casuistik der cavernösen Tumoren der Nasenscheidewand. Kronika lekarska. No. 3.

Verf. constatirte bei einem 34jährigen Manne, welcher ihn wegen profuser Nasenblutungen consultirte, eine wälschnussgrosse, die rechte Nasenhälfte ausfüllende, vom Septum cartilagineum an der Stelle der Verbindung desselben mit der knöchernen Nasenscheidewand ausgehende Geschwulst, welche mittels galvanocaustischer Schlinge entfernt wurde. Die microscopische Untersuchung ergab einen cavernösen Bau des Tumors mit stellenweiser sarcomatöser Umwandlung der einzelnen Bindegewebssepta. Der Fall ist vor Allem dadurch erwähnenswerth, dass derselbe einen Mann betraf, während derartige Geschwülste zumeist beim weiblichen Geschlechte vorzukommen pflegen. Auch pflegen sie selten so hoch oben zu sitzen, wie in diesem Falle. **Trzebicky** (Krakau).]

g) Nebenhöhlen.

1) Avellis, Das acute Kieferhöhlenempyem und die Frage der Selbstheilung desselben. Münch. medic. Wochenschr. No. 31. und Arch. für Laryng. IV. Bd. 2. H. — 2) Baginsky, B., Ueber die chronischen Eiterungen der Nebenhöhlen der Nase. Berliner klin. Wochenschrift. 6. (Darstellung des gegenwärtigen Standes unseres Wissens und Könnens.) — 3) Fränkel, E., Beiträge zur Pathologie und Aetiologie der Nasennebenhöhlen - Erkrankungen. Virch. Archiv. No. 143. — 4) Guye, Over de Behandeling van aandoeningen der bijholten van den neus met den Menthol-insufflator. Nederl. Tijdschr. 4. Juli. (G. nimmt Mentholeinblasungen in die Nase selbst vor, wodurch die Hyperämie der Nasenschleimhaut herabgesetzt wird; diesen Einblasungen lässt er eine gewöhnliche Nasendurchspülung vorangehen. Wenn die Mündungen der Nebenhöhlen verlegt sind, gebraucht er das Politzer'sche Verfahren mit dem Mentholinsufflator.) — 5) Krebs, G., Bemerkungen zur Probepunction der Kieferhöhle und zu deren „seröser“ Erkrankung. Arch. f. Laryng. IV. Bd. — 6) Lack, Ein Fall von geheiltem Empyem der Sinus frontalis und maxillaris. Centralblatt f. Laryng. 11. S. 568. (Sinus frontalis von aussen, Antrum von der Alveole her eröffnet.) — 7) Lichtwitz, Die Eiterungen der Nebenhöhlen der Nase und ihre Folgezustände in anderen Körpertheilen. Bresgen's Samml. Heft 7. — 8) Myles, R. C., Diseases of the accessory nasal sinuses, with suggestions regarding their treatment. Medic. News. 28. March. — 9) Pearler, G. M., Disease of the accessory cavities of the nose. Ibidem. M. 15. (24 Fälle von Eiterungen in der Oberkieferhöhle, 10 in den Siebbeinzellen und 1 in der Keilbeinhöhle.) — 10) Réthi, Die Behandlung der Nebenhöhleneiterungen der Nase. Wien. med. Presse. 16. 17. — 11) Skrodzki, W., Zur Aetiologie der Nebenhöhlenempyeme. Dissert. Berlin. 1895. (Zusammenstellung der verschiedenartigen ätiologischen Momente für die Entstehung der Nebenhöhlenempyeme und kurzer Bericht über 150 Stellen von Empyemen aus der B. Fränkel'schen Poliklinik.) — 12) Tilley, Fall und Präparate von Polypen im Sinus frontalis. Heilung. Centralbl. f. Laryng. 11. S. 565.

Acute Empyeme machen sehr oft schwere Symptome, Fieber, profuse Secretion, Erbrechen, schweres Krankheitsgefühl. Ganz besonders macht Avellis (1) auf das Oedem der Wangen und Augenlider aufmerksam. Die leichten Fälle heilen beinahe sämmtlich spontan, in 3 (von 10 Fällen) musste eröffnet und ausgespült werden.

In 146 Nasensectionen hat Fränkel (3) die sämmtlichen Nebenhöhlen bacteriologisch und histologisch genau untersucht. Von 28 intacten Nebenhöhlen waren nur 13 steril. Zu den Erkrankungen der Nasennebenhöhlen stellt die Oberkieferhöhle das grösste Contingent, dann folgt in der Häufigkeitsscala die Keilbeinhöhle, während die Stirnhöhle nur einen geringen Antheil hat. Der bacteriologische Befund in der Kieferhöhle steht in keiner festen Beziehung zur anatomischen Veränderung; derselbe Microorganismus kann an dem gleichen Gewebe differente Krankheitsbilder erzeugen. Das Gros der entzündlichen Erkrankungen sind durchaus selbstständige, völlig unabhängig von Nasenhöhlenaffectionen entstandene Krankheiten. Der

Nachweis von Polypen in der Nase berechtigt in keiner Weise auf vorangegangene Nasenhöhlenerkrankungen zu schliessen.

Krebs (5) punctirt vom mittleren Nasengange aus. Die seröse Erkrankung der Kieferhöhlen hält er nicht für eine Krankheit, welche operative Behandlung rechtfertige.

In übersichtlicher Weise stellt Lichtwitz (7) die Complicationen der Nebenhöhleneiterungen zusammen und bespricht kurz die Behandlung der Nebenhöhleneiterungen.

Die Durchleuchtung wird von Myles (8) für ein werthvolles diagnostisches Hülfsmittel angesehen. Die verschiedenen Erkrankungsformen der Nebenhöhlen, speciell der Kieferhöhle, werden durch 20 Krankengeschichten illustrirt, unter diesen befindet sich je ein Osteosarcom und grosszelliges Sarcom der Kieferhöhle.

Vom Alveolarfortsatze aus eröffnet Réthi (10) die Kieferhöhle dann, wenn cariöse Zähne vorhanden sind und diese als Ursache der Eiterung angesehen werden müssen, ausserdem legt er im mittleren Nasengang eine grosse Oeffnung an und nimmt die Spülungen von hier aus vor.

[Jaruntowski, A., O krótki poglad na obecny stan nauki o ropieniach w jamie Highmora. Nowiny lekarskie. No. 1. (Eine kurz gefasste Arbeit über das genannte Thema.) **Trzebicky** (Krakau).]

b) Nasenrachenraum.

1) Bergeat, H., Die Asymmetrien der knöchernen Choanen. Arch. f. Laryng. 4. Bd. — 2) Chapard, Des déformations thoraciques et des déviations rachidiennes dans leur rapports avec les obstructions chroniques des voies respiratoires supérieures. Thèse de Paris. u. Gaz. hebdom. No. 79. — 3) Courtade, A., Traitement des végétations adenoïdes. Bull. génér. de Thérap. No. 9. (Kritische Uebersicht.) — 4) Gottstein, G., Pharynx- und Gaumentonsille primäre Eingangspforten der Tuberculose. Berl. klin. Wochenschr. No. 31 u. 32. — 5) Makuen, H., A case of stammering cured by an operation. Med. and surg. reporter. 23. May. (Ein Junge mit Stottern wurde durch Operation der hypertrophischen Rachentonsille und Sprachübungen geheilt.) — 6) Piaget, R., Etude sur les divers moyens de défense de la cavité nasale contre l'invasion microbienne. Paris. — 7) Pluder und Fischer, Ueber primäre latente Tuberculose der Rachenmandelhyperplasie. Arch. f. Laryng. IV. Bd. — 8) Schreiber, K., Ueber die Geschwülste des Nasenrachenraums. Diss. Königsberg. (Fälle von excessiver Hypertrophie des hinteren Muschelendes, retronasale Schleimpolypen der Nase, Basisfibrom, Choanenrandpolyp, adenoide Vegetationen mit sarcomatöser Degeneration.) — 9) Smith, J. L., Acute nasopharynx inflammation. Medic. News. No. 9. (Besprechung der Aetiologie, Symptomatologie und Therapie.)

Bergeat (1) unterscheidet die ätiologischen Factoren folgendermaassen: 1. ungleichmässige Einwirkung mechanischer und statischer Momente bei nicht genügend consolidirtem Schädel- und Knochenbau, 2. primäre Unregelmässigkeiten am Choanenrahmen, 3. secundäre Verschiebungen am Keilbein und Vomer, 4. dem Anscheine nach anthropologische Momente.

Chapard (2) weist den Einfluss nach, den die Verstopfung der oberen Athemwege, und zwar vornehmlich die adenoiden Vegetationen und die Mandelhypertrophien auf die Entwickelung des Thorax ausüben. Wenn die Veränderungen noch nicht zu weit vorgeschritten sind, ist der Erfolg der Behandlung noch ein günstiger.

In 6 Fällen von primärer Pharynx- resp. Gaumentonsillen-Tuberculose konnte Gottstein (4) nicht nur Riesenzellen-, sondern auch deutliche Tuberkelbildung, dagegen nicht Tuberkelbacillen nachweisen. Prognose günstig, da es sich um locale Tuberculosen handelt.

Unter 32 Fällen von Rachenmandelhypertrophie fanden Pluder und Fischer (7) 5mal ausgeprägte Tuberculose. Die Verff. wünschen, dass die histologische Untersuchung an möglichst vielen Orten ausgeführt werde, damit es sich herausstellt, ob bestimmte Ortsverhältnisse bezüglich der Häufigkeit der latenten Tuberculose eine Rolle spielen. Radicale Operation erforderlich.

III. Mund-Rachenhöhle.

a) Allgemeines.

1) Avellis, G., Die Behandlung des Schluckwehs. Zeitschr. f. pract. Aerzte. H. 3 u. 4. — 2) Blumenau, M., Ueber primäre Gangrän des Rachens. Deutsche med. Wochenschr. No. 26. — 3) M'Bride, Pulsating vessels in the pharynx. Edinb. Journ. Decbr. (a. Pulsation der hinteren Gaumenbogen durch einen arteriellen Gefässstamm an der hinteren Rachenwand. b. Pulsation beiderseitig an der Verbindung der hinteren mit der seitlichen Pharynxwand. Arteria vertebralis?) — 4) Dukes, C., A record of the common sore-throats occurring amongst 400 adolescents during a period of twenty-five years. Lancet. 15. Febr. (D. beschreibt die Initialstadien von entzündlicher Angina, septischer Halsentzündung, Scharlach-Angina, Rachendiphtherie, und Angina bei Varicellen.) — 5) Ephraim, Die nervösen Erkrankungen des Rachens. Volkm. Sammlung. No. 162. — 6) Fein, Ein Fall vererbter Gaumenspalte. Wien. klin. Wochenschr. 43. — 7) Fränkel, E., Der Hochstand des Gaumens in seinen Beziehungen zur Septumdeviation und zur Hypertrophie der Rachentonsille. Dissert. Basel. — 8) Neugebauer, B., Ueber Messungen des weichen Gaumens mit Darstellung einer neuen Messungsmethode. Diss. Königsberg. — 9) Spiess, Die Untersuchung des Mundes und des Rachens. Berlin. Klinik. H. 93.

Zusammenfassung der für die Beseitigung der verschiedenen Formen von Schluckweh anzuwendenden Mittel und Behandlungsmethoden. Eine ausführliche Besprechung widmet Avellis (1) der Diätetik.

Blumenau (2) berichtet über einen 22jährigen Kanonier, der in Genesung von einem Icterus catarrhalis eine Halsentzündung bekam, an welche sich eine Gangrän der rechten Tonsille, der rechten Hälfte des weichen Gaumens und fast der ganzen Zungenwurzel anschloss. Exitus nach 3 Wochen.

In sehr klarer Form giebt Ephraim (5) einen Ueberblick über die nervösen Affectionen des Rachens, von welchen er die Anomalien der Empfindung, der Erregung, der Gefäss- und Drüseninnervation, ferner trophische und Reflexneurosen unterscheidet.

Fein (6) berichtet über ein auf 3 Generationen sich erstreckendes Uranocolobom, der Defect war bei der ersten Generation nur angedeutet, trat bei der zwei-

ten Generation schon in vergrössertem Maasse auf und führte in der dritten Generation zu einem ganz bedeutenden Bildungsfehler.

Mit Hülfe eines von Siebenmann construirten Palatometers von Fränkel (7) ausgeführte Messungen ergaben, dass man bei Septumdeviationen einen über dem Normalen stehenden Höhenindex findet, dass Hochstand des Gaumens, Zahnstellungsanomalien und Septumdeviationen mit einer hypertrophischen Rachentonsille in keinem Zusammenhang stehen.

Die von Neugebauer (8) beschriebene Methode besteht darin, dass schmale Stäbchen, welche sich leicht biegen lassen, an den weichen Gaumen angelegt werden, er fand auf diese Weise die Länge des weichen Gaumens durchschnittlich zu 31,9 mm, die mittlere Länge bleibt bei Ozaena nicht unwesentlich gegen das mittlere Ausmaass zurück.

Spiess (9) giebt die verschiedensten Methoden und kleinen Kunstgriffe an, welche die Untersuchung der Mund-Rachenhöhle, besonders bei Kindern zweckmässig erscheinen lässt. Dazwischen wird das pathologische Bild gestreift und viele Veränderungen gekennzeichnet.

b) Pathologie.

1) Meyer, E., Bacteriologische Befunde bei Angina lacunaris. Arch. f. Laryng. Bd. IV. Heft 1. — 2) Nicoll, J., Etiology and treatment of chronic enlargements of lymphatic glands with special reference to those of the neck. Glasg. med. Journ. Januar. — 3) Stoos, Zur Aetiologie und Pathologie der Anginen, der Stomatitis aphthosa und des Soors. Mittheil. aus klin. und med. Instit. d. Schweiz. III. Reihe. 1. Heft.

Die Resultate seiner Untersuchungen fasst Meyer (1) wie folgt zusammen: 1. die Mehrzahl der Angina lacunaris-Fälle wird durch den Streptococcus pyogenes hervorgerufen, 2. die Staphylococcen treten in der Majorität der Fälle nur als Begleiter auf 3. der Diphtheriebacillus kann eine unter dem Bilde der Angina verlaufende Erkrankung verursachen, 4. manchmal ist auch der Pneumococcus die Ursache der Angina.

Auf Grund von 500 Beobachtungen kommt Nicoll (2) zu dem Schlusse, dass cariöse Zähne selten Drüsenschwellung verursachen, dass die tuberculösen Drüsenaffectionen gewöhnlich zuerst entlang dem oberen Theile der Carotis vorkommen, dass die tiefsten befallenen Drüsen die postpharyngealen sind, bei 70 pCt. beide Seiten befallen sind, bei einseitiger Erkrankung in ätiologischer Beziehung in Betracht kommen: chronische Ohrenaffection und Resorption vom Nasopharynx aus. N. fand Tuberkelbacillen in einer beträchtlichen Anzahl von exstirpirten Mandeln und aden. Vegetationen. In erster Linie erzeugen die Streptococcen, weniger häufig Staphylococcen und Pneumococcen Anginen, die Fälle erweisen sich am schwersten, wo der Streptococcus (wie bei den Scharlachanginen) in vorwiegender Menge auftritt.

In 15 Fällen von Stomatitis aphthosa fand Stoos (3) neben Staphylococcen und anderen Bacterien regelmässig einen nach Gram gut färbbaren grossen Diplococcus, den er als Erreger dieser Erkrankung bezeichnen möchte. Als Begleiter frischen Soor's treten jedes Mal Staphylo- und Streptococcen auf.

c) Mund.

1) Schmiegelow, Beitrag zur Pathogenese der sogenannten schwarzen Zunge. Arch. f. Laryng. IV. Bd. 2. Heft. — 2) Sedziak, J., Ein ungewöhnlicher Fall von Soor der Mundhöhle, des Nasenrachenraumes und des Larynx. Arch. f. Laryng. Bd. IV. (15 jähriges Mädchen, Soor nach Diphtherie entstanden.)

In 2 von Schmiegelow (1) untersuchten Fällen von schwarzer Zunge ergab die Untersuchung schwarze Pilze aus der Klasse der Hyphomyceten, die mit den von Ciaglinsky-Hewelke und Sedziak gezüchteten nicht identisch sind; es könnten aber verschiedene Formen dieselbe irritirende Wirkung auf den Wuchs und die Färbung des Zungenepithels haben.

d) Pharyngitis, Tuberculose, Mycose etc.

1) Evans, T. C., Chancre of the tonsil and tongue, with report of four cases. Medic. News. 9. May. (Primäreffecte: 2 mal an der rechten Tonsille, 1 mal an der linken Tonsille und gleichzeitig an der Zunge, 1 mal an der Zunge allein.) — 2) Kelly, A. Br., Myocosis pharyngis leptothricia and keratosis pharyngis. Glasgow Journal. August. — 3) Pluder, Zwei bemerkenswerthe Fälle von Tuberculose der obersten Athemwege. Arch. f. Laryng. 4. Bd. 1. Heft. — 4) Schmidt, C., Die Verwachsungen im Rachen u. ihre Beh. gr. 8. Düsseldorf. — 5) Semon, Chronischer retropharyngealer Abscess bei einem Erwachsenen. Centralbl. f. Laryng. 11. S. 570. (Aetiologie unbekannt.) — 6) Siebenmann, Ueber Verhornung des Epithels im Gebiet des Waldeyer'schen adenoiden Schlundringes und über die sogenannte Pharyngomycosis leptothricia. (Hyperkeratosis lacunaris). Arch. für Laryng. II. Bd. 3. H. — 7) Stabb, Primärer Lupus des Gaumens u. Kehlkopfes. Centralbl. f. Laryng. 11. S. 505. (Knabe ohne Lupus auf der äusseren Haut.)

Uebereinstimmend mit Silbermann kommt Kelly (2) auf Grund histologischer Untersuchungen zu dem Schluss, dass es bei der Pharyngomycosis sich um Hyperkeratose handelt. Hauptsächliche Localisation: Waldeyer'scher Schlundring. Die Bezeichnung Hyperkeratosis lacunaris hält K. nicht für geeignet, da die Excrescenzen sich auch unabhängig von den Lacunen entwickeln. Bei der wahren Leptothrixmycose ist Uvula und weicher Gaumen bevorzugt, die Auflagerungen sind leicht wegzuwischen, die umgebende Schleimhaut geröthet.

Der erste Fall von Pluder (3) betrifft einen 34 jährigen Mann mit congenitaler Spaltbildung des Gaumens, Lungen- und Kehlkopftuberculose. Durch die Spaltbildung war die directe Besichtigung der Nase und des Nasenrachenraumes und die directe Behandlung der am Septum narium, am Nasenboden und Nasenrachendach befindlichen tuberculösen Ulcerationen möglich, welche trotz fortschreitenden Lungenprocesses zu theilweiser Vernarbung gebracht werden konnte.

Im 2. Falle (16jähr. Knabe) war die Lunge frei, ein ausgedehnter Geschwürsprocess, der die hintere Rachenwand einnahm, sich über die R.-Tonsille, Uvula und hintere Gaumenfläche ausdehnte, musste für

tuberculös angesehen werden. Ausschabung, Vernarbung, aber mit Verwachsung des weichen Gaumens mit der Rachenwand.

Das Wesen der sog. Pharyngomycosis erkennt Siebenmann (6) in einem ungewöhnlich intensiven Verhornungsprocess des lacunaren Epithels. Es bilden sich förmlich Hornstacheln. In der Umgebung der Krypten fehlt jedes Zeichen der Entzündung. Leptothrixfäden wachsen hier rein saprophytisch.

[Rosenthal, S., Ein Beitrag zur chirurgischen Anatomie der Retropharyngealabscesse. Przegl. chirurgiczny. Bd. III. H. 1.

Verf. hat an 30 Leichen (24 Kinder und 6 Erwachsene) Versuche behufs Feststellung der Verbreitungsweise von Abscessen im retrovisceralen Spatium am Halse bez. des Verhältnisses der einzelnen Bindegewebshöhlen am Halse zu einander unternommen.

Die bisherigen diesbezüglichen Untersuchungen von Bichat, Henke, König, Poulsen, Schmitt u. A. über das gegenseitige Verhältniss des retro- und prävisceralen Spatiums sowie der paarigen Spatien, deren Lage der grossen Gefässscheide bez. dem unteren Theile des M. sternocleidomastoideus entspricht, waren einander z. Th. diametral entgegengesetzt. Verf. bediente sich bei seinen Versuchen folgender Methode:

Nach Entfernung des Schädeldaches und Gehirnes wurde im Basilartheil des Hinterhauptbeines ein senkrechtes Loch gebohrt und durch dasselbe die Canüle einer Injectionsspitze in den retropharyngealen Raum mehr weniger bis zum 2. Halswirbel eingeführt. Der freie Raum zwischen Canüle und der Knochencanalwand wurde mit Gypsbrei ausgefüllt. Nach dieser Vorbereitung wurde die Canüle mit einer mit flüssigem Wachs oder Teichmann'scher Kittmasse gefüllten Spritze in Verbindung gebracht und die Masse unter mässigem Drucke injicirt. Bei Kindesleichen wurden 10—90 ccm Masse, bei Erwachsenen 150—600 ccm verbraucht. Nach Erstarren der Masse wurde durch anatomische Präparation die Ausdehnung des Cavum retroviscerale veranschaulicht. (Auffallend ist nur dem Ref., welcher sehr viel mit Teichmann'scher Masse zu thun hatte, das späte Erstarren derselben in Verf.'s Versuchen [nach 10 Tagen war dieselbe noch flüssig] und dürfte der Grund hierfür in einem Fehler bei Zubereitung derselben zu suchen sein.

Die Resultate, zu welchen Verf. gelangt, sind folgende:

1. Der Retrovisceralraum am Halse bildet eine anatomisch genau begrenzte, lockeres Zellgewebe haltige Höhle. Dieselbe beginnt an der Schädelbasis, verläuft an der Vorderwand der Wirbelsäule und communicirt nach unten mit dem Mediastinum posticum.

2. Injicirt man in diese Höhle eine erstarrende Masse, so weichen die Wandungen derselben auseinander und man erhält einen von dünnem Bindegewebe umgebenen Abguss der Höhle.

3. Gelangt die Injectionsmasse bis ins Mediastinum, so bildet sich am Abgusse an der Uebergangsstelle eine Einschnürung, wodurch der ganze Abguss eine Sanduhrform annimmt.

4. Die Injectionsmasse gelangt nirgends, abnorm gesteigerter Druck bei der Injection ausgenommen, in die Muskel- oder Gefässscheiden.

5. Ebensowenig konnte längs der A. thyreoidea inf. eine Communication zwischen retro- und prävisceralem Raume nachgewiesen werden, wie dies König behauptet.

6. Die Behauptung einzelner Autoren, dass der Pharynx und Oesophagus am Halse von dem retrovisceralen Raume von allen Seiten genau umgeben werden, fand in Verf.'s Versuchen auch keine Bestätigung.

7. Im Thorax befand sich die Injectionsmasse im oberen Theile zwischen Wirbelsäule und Oesophagus, im unteren Theile dagegen zwischen letzterem und Aorta descendens. Auch fand sich daselbst keine für die Injectionsmasse passirbare Communication zwischen Mediastinum anticum und posticum.

8. Es gelang nie die Injectionsmasse tiefer als bis zum 9. oder 10. Brustwirbel zu bringen.

Trzebicky (Krakau).]

c) Gaumen- und Zungentonsille.

1) Downie, W., Aprosexia, convulsions and adenitis, dependent on pathological changes in the faucial, lingual and pharyngeal tonsils. Glasg. Journ. Januar. (Besprechung des Zusammenhangs zwischen adenoiden Vegetationen und Aprosexie, ferner zwischen epileptiformen Anfällen und Hypertrophie der Rachen- und Zungentonsille. Die Anschwellung der Halslymphdrüsen erklärt er sich hervorgerufen durch die Absorption von Producten der im adenoiden Gewebe der Mund-Rachenhöhle wuchernden Microorganismen.) — 2) Dufaud, Des angines couenneuses non diphthériques. 18. Paris. — 3) Fränkel, B., Die infectiöse Natur der Tonsillitis lacunaris. Arch. f. Laryng. IV. Bd. 1. Heft und N. Y. med. record. 29. Febr. — 4) Killian, J., Zur Behandlung der Angina phlegmonosa s. Peritonsillitis abscedens. Münch. med. Wochenschr. No. 30 und Sem. méd. No. 38. (K. führt nach vorheriger Cocainisirung eine dicke Sonde in die Fossa supratonsillaris ein und geht tastend nach aussen und oben. Die Sonde durchbricht das morsche Gewebe, die geschaffene Oeffnung wird durch eine Kornzange erweitert und die letztere in den nächsten Tagen noch mehrmals eingeführt.) — 5) Köhler, Zur Aetiologie der Abscesse in den Gaumenmandeln und dem sie umgebenden Bindegewebe. Deutsche med. Wochenschr. No. 7. (Auch die eitrige chronische Mittelohrentzündung kann in ihrem Verlaufe einen Abscess in den Mandeln hervorrufen.) — 6) Logucki, A., Ein Beitrag zur Aetiologie des peritonsillären Abscesses. Archiv für Laryng. IV. Bd. 2. Heft. — 7) Ripault, H., Le traitement de l'angine phlegmoneuse. Gaz. méd. de Paris. No. 9. (Nichts Neues.) — 8) Ruge, H., Ueber Actinomyces-ähnliche Gebilde in den Tonsillen. Zeitschrift für klin. Med. XXX. Bd. — 9) Ruge, Die Tuberculose der Tonsillen vom klinischen Standpunkte. Virchow's Archiv. Bd. 144. — 10) Suchannek, H., Ueber Scrofulose, ihr Wesen und ihre Beziehung zur ruhenden Tuberculose der Mandeln. Bresgen's Sammlung. Bd. I. Heft 11.

Fränkel (3) schildert den typischen klinischen Verlauf und die pathologische Anatomie der Angina lacunaris, deren anatomische Veränderung wesentlich in einer enormen Auswanderung der Leucocyten besteht. Bei Besprechung der Aetiologie erörtert F. besonders die traumatische Angina nach Operationen in der Nase; die eigentliche Ursache bilden die Entzündungserreger, welche von der Nase aus mit dem Lymphstrom von innen her in die Tonsille gelangen können.

Der peritonsilläre Abscess ist meist secundäres Leiden bei Personen, die häufig acute Tonsillitis hatten, diese hinterlässt Adhäsionen zwischen Mandel und Gaumenbogen und dadurch werden Secretretentionen

und als ihre Folge Entzündung und Abscessbildung verursacht. Im Eiter fand Logucki (6) überwiegend Streptococcen, bei lang dauernden Processen meist Staphylococcen.

Unter 25 untersuchten Tonsillen, die von den verschiedensten Krankheitsfällen stammten, fand Ruge (8) 4 mal eigenthümliche, nach Gram nicht zu entfärbende drusige Gebilde von erheblicher Aehnlichkeit mit den Drusen des Actinomyces hominis. Von diesen unterscheidet sich aber der Ruge'sche Strahlenpilz durch die erheblichere Grösse seiner Körnchen, durch das Fehlen der Endkolben, durch das Fehlen der Pathogenität.

In dem Falle von Ruge (9) handelte es sich um ein Mädchen mit Malum Pottii suboccipitale. Wahrscheinlich hatte sich der tuberculöse Process erst in der Tonsille entwickelt und war von dieser auf den Wirbelkörper übergegangen. Die Tuberculose der Tonsille musste als primäre Tonsille angesehen werden. Unter 18 Fällen von Mandelerkrankung waren 6 Fälle von zweifelloser Tuberculose der Tonsillen.

Nach einer Darstellung der historischen Entwickelung der Lehre von der Scrophulose führt Suchannek (10) aus, dass die Annahme der Scrophulose als einer eigenartigen von der Tuberculose zu trennenden Erkrankungsform heutigen Tages nicht mehr haltbar ist. Es handelt sich dabei vielmehr stets um die ruhende Form der Tuberculose.

f) Neubildungen.

1) Fränkel, B., Carcinom der vorderen Pharynxwand. Berl. klin. Wochenschr. No. 22. (Fr. macht darauf aufmerksam, dass derartige Fälle häufig übermässig spät erkannt werden.) — 2) Haug, Lipo-myxofibrom der Mandel. Arch. f. Laryng. IV. Bd. 2. H. — 3) Lichtenauer, K., Ueber die gutartigen Geschwülste der Uvula und des weichen Gaumens. Diss. Greifswald. (Haselnussgrosses, langgestieltes Papillom von der Uvula eines 25jährigen Mädchens entfernt.) — 4) Tilley, Ein Fall von Rachentumor, wahrscheinlich syphilitischer Natur. Centralbl. f. Laryng. II. p. 564. (Eiförmige Schwellung an der hinteren Rachenwand, gegenüber der Epiglottis, Verkleinerung unter antisyphilitischer Behandlung.)

Kleinhaselnussgrosse Geschwulst auf der rechten Mandel bei einer 90jährigen Frau. Abtragung mit der Scheere, erhebliche Blutung. Bei der microscopischen Untersuchung fand Haug (2), dass die Hauptmasse der Geschwulst aus völlig typischen, scharf contourirten Fettzellenconglomeraten bestand, ein Theil der Geschwulst war myxomatös degenerirt, einzelne kleine Partien wiesen fibromatösen Character auf.

IV. Kehlkopf und Luftröhre.

a) Lehrbücher und Monographieen.

1) Avellis, Der Gesangsarzt. Frankfurt a. M. — 2) Heymann, P., Handbuch der Laryngologie und Rhinologie. Wien. — 3) Lefert, P., La pratique des maladies du larynx, des oreilles et du nez. 18. Paris. — 4) Merkel, C. L., Der Kehlkopf im gesunden und erkrankten Zustande. 2. Aufl. Leipzig. — 5) Schech, P., Die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre. gr. 8. Mit 67 Abbild. Wien. — 6) Schrötter, L., Vorlesungen über die Krankheiten der Luftröhre. gr. 8. Mit 53 Abbild. Wien.

Das Büchelchen von Avellis (1) bringt gemeinverständliche ärztliche Bemerkungen zur Gesangslehre, Misshandlung der Stimmorgane, Folgen der Misshandlung der Stimme, allgemeine persönliche Hygiene für den Sänger, Hygiene der Stimmorgane und Bemerkungen über die Thätigkeit eines Gesangsarztes.

Von dem grossartig angelegten Handbuche Heymann's (2) sind bis jetzt 10 Lieferungen erschienen. An diesem Werke arbeiten alle bekannten Rhino-Laryngologen, sowie bekannte Anatomen und Physiologen mit, so dass dasselbe einen ehrenvollen Platz in der deutschen Literatur erhalten wird.

In dem als eine Fortsetzung des bereits in 5. Auflage erschienenen Werkes über die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase zu betrachtenden Buche ist von Schech (5) in aller Kürze das Wissenswerthe über die Krankheiten des Kehlkopfes und der Trachea abgehandelt und in der Einleitung die laryngoscopische Technik kurz besprochen.

b) Allgemeines.

1) Flatau, Neue Versuche zur Photographie in den oberen Luftwegen. Arch. f. Laryng. V. Bd. (Adaptirung der Camera an dem electroscopischen Griff für die Autoscopie.) — 2) Friedrich, E. P., Die elastischen Fasern im Kehlkopfe. Ebendas. Bd. IV. H. 2. — 3) Neumayer, H., Untersuchungen über die Function der Kehlkopfmuskeln. Ebend. Bd. IV. — 4) Refslund, Ueber Respirationsstörungen in Folge von Missbildung der Epiglottis. Münch. med. Wochenschr. No. 48. ($2^1/_2$ Monate altes Kind mit hochgradiger Maultrommelförmiger Missbildung der Epiglottis, hochgradige Athembeschwerden. Tod an Pneumonie.) — 5) Réthi, L., Experimentelle Untersuchungen über den Schwingungstypus und den Mechanismus der Stimmbänder bei der Falsettstimme. (S.-A.) gr. 8. Mit 1 Taf. Wien. — 6) Schereschewsky, M., Untersuchungen stotternder Schulkinder mit besonderer Berücksichtigung des Kehlkopfes. Dissert. Königsberg.

Die Untersuchungen von Friedrich (2) erstrecken sich auf die inneren Bänder des Kehlkopfes (conus elasticus, ligamentum vocale et ventriculare), auf die Schleimhaut des Kehlkopfes und das Verhältniss des lig. vocale zum M. vocalis. Die Arbeit ist durch schöne photolithographische Abbildungen microscopischer Präparate illustrirt.

An zahlreichen Kehlköpfen des Menschen und verschiedener Thiere stellte Neumayer (3) seine Untersuchungen an. Die Cadaverstellung der Stimmbänder kann durch die Todtenstarre in hohem Grade modificirt werden und nähern sich die hierdurch bedingte Glottisformen in den meisten Fällen der Phonationsstellung. Es ist diese Erscheinung auf das Uebergewicht der Glottisschliesser über die Glottisöffner zurückzuführen. Das Studium der Function der einzelnen Muskeln beruht auf der Methode der künstlichen Muskelstarre, erzeugt durch Anlegen heisser Eisenstäbe an die betr. freipräparirten Muskeln.

Unter 76 untersuchten Fällen fand Schereschewsky (6) sechsmal Aphonia spastica, 3 mal atacti-

forme Bewegungen der Stimmbänder bei der Intonation. In einem Fall konnte durch die Operation adenoider Vegetationen das Stotterübel geheilt werden.

c) Entzündungen, Perichondritis, Fremdkörper, Stenose, Fractur etc.

1) Baron, B., Membranöser Verschluss des Kehlkopfes. Centralbl. f. Laryng. 11. S. 566. (39 jähriger Mann mit Verwachsung der Stimmbänder ohne vorangegangene Syphilis. Cricotomie. Spaltung der Membran.) — 2) Bergengrün, P., Ein Kehlkopfdiaphragma. Arch. f. Laryng. Bd. IV. H. 1. — 3) Ebstein, Larynxstenose durch leukämische Infiltration. Wien. klin. Wochenschr. No. 22. (Im Larynx zeigte sich die Epiglottis an ihrer laryngealen Fläche, die aryepiglottischen Falten, die Taschenbänder leicht höckerig infiltrirt, eine hochgradige Verengerung bedingend. Tracheotomie: exitus. Die histologische Untersuchung ergab: leukämische Infiltration.) — 4) Heindl, Zur Casuistik von Fremdkörpern in den oberen Luftwegen. Ebendas. 37. (Nähnadel, die linke pharyngo-epiglottische Falte durchdringend, in der hinteren äusseren Rachenwand steckend.) — 5) Krebs, Die Behandlung des chronischen Rachen- und Kehlkopfcatarrhs. Therap. Monatsh. VI. u. VII. — 6) Kuttner, A., Chorditis vocalis inferior hypertrophica. Arch. f. Laryng. Bd. V. — 7) Lublinski, Ueber Verkleisterung der oberen Wege. Centrbl. f. inn. Medic. No. 28. — 8) Mayer, W., Ein Fall von leukämischer Infiltration des Larynx. Wien. klin. Wochenschr. 26. — 9) Salzburg, Giebt es eine Laryngitis haemorrhagica? Arch. f. Laryngol. Bd. V. — 10) Secretan, L., Une nouvelle méthode de dilatation des rétrécissements laryngés. Revue méd. No. 2. (Dilatation der Kehlkopfstenose von der Tracheotomiewunde aus mit Hülfe von Laminariastiften.) — 11) Semon, F., On the probable pathological identity of the various forms of acute septic inflammations of the throat and neck. Med. chir. Transact. Vol. 87. — 12) Sedziak, J., Entzündung der crico-arytaenoidalen Gelenke rheumatischen Ursprungs. Arch. f. Laryng. IV. Bd. 2. H. (Bei einer 18 jährigen Patientin, vor 3 Wochen entbunden, entwickelte sich erst eine rheumatische Entzündung der crico-arytaen. Gelenke und im Anschluss an diese ein allgemeiner Gelenkrheumatismus.) — 13) v. Sokolowski, Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der chronischen hypertrophischen Entzündung des Kehlkopfes und der Luftröhre (Laryngo-tracheitis chronica hypertrophica). Ebend. — 14) Stieda, A., Larynxstenose bei einem Kinde, bedingt durch pseudoleukämische Schleimhautinfiltration. Ebendas. Bd. IV. H. 1.

Bei einer 41 jährigen Frau fand Bergengrün (2) neben vollständig normalem Verhalten sämmtlicher Kehlkopfgebilde etwas unterhalb der Rima glottidis eine graugelbliche sehnigglänzende Membran über das ganze Tracheallumen hinübergespannt, in der Gegend des linken Aryknorpelwinkels eine kleine dunkle Oeffnung von Stecknadelkopfgrösse. Keine Stimmstörung. Der Process bestand seit etwa 15 Jahren. Spaltung der Membran und Einlegen von Schrötter'schen Hartkautschuktuben.

Kuttner (6) hält dafür, dass man eine von Lues, Tuberculose, Sclerom und jedweder Nasenerkrankung unabhängige, genuine Form des Chorditis vocalis superior hypertrophica anerkennen muss, die als das Product einer ein- oder mehrmaligen subcutan verlaufenen Laryngitis aufzufassen ist.

19 jähriger Bäcker, heiser, Sputum weissgrau, kleisterähnlich. Lublinski (7) fand in der Nase, im Nasenrachenraum, an der hinteren Rachenwand, im Kehlkopfe und im oberen Theil des Rachens weisslich verfärbte, schmierige Inseln, welche bei Zusatz von Lugol'scher Lösung Stärkereaction gaben.

58 jähriger leukämischer Mann, Husten, Heiserkeit. Die Schleimhaut der hinteren Larynxpartie fand Mayer (8) bedeutend geschwellt, sowie infiltrirt. Tracheotomie. Pneumonie, Exitus. Leukämische Infiltration des Larynx mit Perichondritis und Necrosenbildung.

In Anbetracht der Seltenheit der Fälle und mit Würdigung der allein durch die Blutung bewirkten bedrohlichen Erscheinungen hält Salzburg (9) die Bezeichnung Laryngitis haemorrhagica für berechtigt.

Semon (11) giebt auf Grund der Literatur und seiner 14 Fälle der Anschauung Ausdruck, dass acutes Oedem des Larynx, ödematöse Laryngitis, Erysipel des Pharynx und Larynx, Phlegmone des Pharynx und Larynx, Angina Ludovici eines und dasselbe seien, nämlich eine septische Entzündung des Halses, die nur nach Schwere und Localisation verschieden, in ihrer Aetiologie aber in allen Fällen gleich sei.

Bei einem 19 jährigen Bauern mit Husten, Heiserkeit, Athemnoth fand Sokolowski (13) den oberen Kehlkopfabschnitt frei, aber Wulstbildung in der subchordalen Region. Eröffnung der Trachea und Excision der Wülste. 6 Tage nach dem Décanülement wieder heftige Athemnoth, Exitus. Bei der Section fand sich im unteren Abschnitt des Kehlkopfes und im oberen der Trachea eine hochgradige ringförmige Stenose. Specifische Microorganismen werden nicht gefunden. Diagnose: Sclerom des Larynx und der Trachea.

2 jähriges Kind mit suffocativen Anfällen starb trotz Tracheotomie. Section: Allgemeine Schwellung des lymphatischen Apparates mit besonderer Localisation in den Taschenbändern und der Epiglottis mit folgender Stenose. Da gegen Leukaemie der sonstige anatomische Befund spricht, bezeichnet Stieda (14) die Infiltration als pseudoleukaemische.

[1) Backlund, Eigenthümlicher Fall von Larynxstenose mit tödtlichem Ausgange. Göteborgs läkaresällskaps förhandlingar. 1895. Auszug des Sitzungsberichtes für den 23. Januar 1895. p. 1. — 2) Lindh, A., Fremdkörper im Larynx eines acht Monate alten Kindes. Tracheotomie. Heilung. Göteborgs läkaresällskaps förhandlingar. 1895. Auszug aus dem Sitzungsberichte für den 25. September 1895. p. 9—10.

Backlund (1). Ein 20 Monate altes Kind wurde ins epidemische Krankenhaus wegen hochgradiger Croupsymptome gebracht. Tracheotomie wurde ohne Resultat ausgeführt. Bei der Section wurde ein Fichtenzweig gleich unterhalb der Rima glottidis angetroffen. Dieser Zweig war 1,5 cm lang. Die Lungen waren grösstentheils atelectatisch, hier und da fand sich eine Bronchopneumonie. **A. Fr. Eklund** (Stockholm).

Während Spielens mit einem Papiercarton aspirirte das kleine Kind einen Eckenbeschlag aus Eisenblech, rechtwinkelig gebogen. Nach Durchschneidung der Cartilago cricoïdea und des ersten Trachealringes, sowie Erweiterung der Wunde, gelang es Lindh (2) den Fremdkörper in den Pharynx hinaufzuschieben mittels eines Schwammhalters, mit einem kleineren Schwamme versehen, welcher durch die Wunde nach dem Larynx

hinaufgeführt wurde. Die eingeführte Silbercanüle wurde nach 4 Tagen entfernt. Heilung.

A. Fr. Eklund (Stockholm).

Przedborski, L., Ein Beitrag zur Lehre von den acuten, infectiösen, eiterigen Entzündungen des Schlundes und Kehlkopfes. Gazeta lekarska. No. 34—38.

Indem Przedborski secundäre eitrige Entzündungen nicht in den Kreis seiner Betrachtungen schliesst, theilt er die diesbezüglichen Affectionen — ähnlich wie M. Schmidt — in drei Formen. Als die erste bezeichnet er die idiopathische acute phlegmonöse Kehlkopfentzündung. Drei einschlägige Fälle eigener Beobachtung werden beschrieben. Alle verliefen sehr rasch und günstig. Im ersten Falle, wo bei vollkommen fieberlosem Verlauf eine weissgrau durchscheinende Schwellung des linken Aryknorpels laryngoscopisch constatirt wurde und in einigen Tagen spurlos verschwand, dürfte es sich nach Ansicht des Referenten kaum um wirkliche phlegmonöse Entzündung gehandelt haben. Der dritte beschriebene Fall betraf einen Tuberculösen mit vorübergehender Schwellung des rechten Aryknorpels und der Epiglottis. P. meint, dass die letztere in gar keinem Zusammenhang mit der Tuberculose des Patienten stand und als idiopathische submucöse Entzündung zu betrachten war. Als zweite Form der im Titel genannten Affectionen wird primäres Erysipel des Pharynx und des Larynx beschrieben, wobei eingehend die Differenzial-Diagnose besprochen wird. Zwei diesbezügliche Fälle werden mitgetheilt. „Acute infectiöse eitrige Entzündung des Pharynx und des Larynx (Senator)" wird als dritte Form geschildert. P. beobachtete einen Fall dieser Art. Er betraf eine Frau in den letzten Tagen der Gravidität. Einige Stunden nach der normal verlaufenen Geburt trat der Tod unter Erscheinungen hochgradiger Allgemeininfection ein.

Schoengut (Krakau).]

d) Pachydermie.

1) Habermann, Beiträge zur Kenntniss der chronischen Laryngitis mit Pachydermie. Zeitschr. f. Heilk. XVI. Bd. 2. u. 3. Heft. — 2) Zwillinger, H., Ueber das Verhältniss der Pachydermia laryngis zu den Leucokeratosen (Leucoplacien). Wien. klin. Wochenschrift. 8. (Auch wenn die P. laryngis sich nicht mit den buccalen und lingualen Formen der Leucokeratosen vergesellschaftet, hält sich Z. doch für berechtigt, dieselbe in die Reihe der Leucokeratosen zu stellen.)

Die Arbeit Habermann's (1) stützt sich auf die Untersuchung vieler Kehlköpfe, die nur an chronischem Catarrh litten, 15 Fälle werden genauer beschrieben. Die Mucosa und Submucosa der Stimm- und Taschenbänder und der Plica interaryt. war immer hypertrophirt und zeigte nicht selten Wülste oder rundliche polypenartige oder papillare Auswüchse. Geschwüre fand er in 15 Kehlköpfen 21 mal, gewöhnlich am Proc. vocalis, er glaubt, dass solche öfter bei der Pachydermie entstehen als man annimmt.

e) Lähmungen und andere Neurosen.

1) Bédos, M. J., L'ictus laryngé dit essentiel. Gaz. hebdom. No. 8. — 2) Biaggi, G., Della voce eunucoide. Gaz. med. Lombard. 32. — 3) Bond, Ein Fall von uncontrolirbarem intermittirendem Kehlkopfschrei. Centralbl. f. Laryng. 11. p. 567. (11jähriger Knabe, der alle 12 Secunden plötzlich einen explosiven lauten sonderbaren Schrei ausstösst. Exophthalmus, aden. Veget., choreatische Bewegungen, allgemeine geistige Trägheit). — 4) Boulay, M., Diagnostic et traitement de l'aphonie hystérique. Gaz. hebdom. No. 18. (Allgemeine Uebersicht.) — 5) Bunch, J. L., A case of bilateral paralysis of the abductors of the vocal cords due to syphilis. Lancet. 29. Februar. (30jähriger Mann an Athembeschwerden seit 8 Monaten leidend, wurde bewusstlos auf der Strasse gefunden. Bei der Inspiration wurden beide Stimmbänder einander genähert, bei der Exspiration bildete die Glottis einen schmalen Spalt. Plaques muqueuses im Munde. Tracheotomie. Jodkali. Heilung.) — 6) Burger, Bewegungsstörungen im Kehlkopfe bei Hysterischen. Berl. kl. Wschr. 7. (Entgegnung an Herrn Treupel). — 7) Daniel, R., A case of „Phonic Spasm" successfully treated by electricity. Lancet 1. II. — 8) Getchell, A., A contribution to the study of laryngeal vertigo. Bost. Journ. 5. Nov. — 9) Heymann, P., Beitrag zur Lehre von den toxischen Lähmungen der Kehlkopfmusculatur. Arch. f. Laryng. V. Bd. u. Arch. intern. de laryng. Bd. IX. — 10) Lazarus, Posticuslähmung bei Gonorrhoe. Arch. f. Laryng. V. Bd. — 11) Savery, Fr., Bilateral paralysis of the recurrent laryngeal nerves due to malignent stricture of the oesophagus. Lancet. 19. Sept. (Titel besagt Alles.) — 12) Schadewaldt, Ueber „Kehlkopfschwindel" (Ictus laryngis). (Plötzlicher Tod in einem Anfalle.) Arch. f. Laryngol. V. Bd. — 13) Treupel, Noch einmal. Die Bewegungsstörungen im Kehlkopf bei Hysterischen. Berl. klin. Wochenschrift. No. 11. (Kurze Entgegnung an Herrn Burger.)

Bédos (1) stellt 41 französische Fälle von Ictus laryngis zusammen und bringt 2 eigene Fälle. Es wird der Ict. lar. auf eine Hemmung nervöser Kehlkopfcentren bezogen, diese Hemmung wird begünstigt durch die Anämie der nervösen Centralorgane, welche ihrerseits wieder eine Folge der durch Emphysem und Hustenanfälle verschuldeten Cyanose ist.

In den beiden von Biaggi (2) mitgetheilten Fällen handelte es sich um junge Leute mit normaler Constitution und gut entwickelten Genitalien. Als Ursache wird Insufficienz der nasalen Respiration angenommen (Rhinitis hyperplastica, Knickung des Septums). Wegsammachen der Nase und Stimmübungen brachten Heilung.

Ein 28jähriger Mann, der seit etwa 1 Jahre an dieser Störung litt, konnte ganz frei singen, aber das öffentliche Sprechen war ihm unmöglich. Durch Application des constanten Stromes (15—20 Min. auf die Seiten des Larynx applicirt) gelang Daniel (7) binnen 6 Wochen die Heilung.

Getchell (8) stellt 75 Fälle aus der Literatur zusammen und bringt 2 Fälle eigener Beobachtung. Der Larynxschwindel kommt vor bei Personen mit labilem Gleichgewicht des Centralnervensystems. Es besteht bei ihnen irgend eine Veränderung der Luftwege, geeignet laryngeale Reizung mit Husten und Glottiskrampf hervorzurufen. Der spasmodische Schluss der Glottis vermag direct und unvermittelt auf die Hemmungscentren des Gehirns zu wirken und Syncope zu veranlassen.

Den bisher beobachteten Fällen von Lähmung der

Stimmbänder in Folge von Bleiintoxication fügt Heymann (9) 3 neue hinzu, betreffend einen 22jährigen Maler, einen 47jährigen Anstreicher, sowie eine 19jährige Blumenarbeiterin, die namentlich die Blätter mit Bleihämmern auszuschlagen hatte. Bemerkenswerth ist in diesen Fällen das Ueberwiegen der Abductorlähmung. Heilung durch Jodeisen. Electricität. Von anderen Giften, welche Lähmungen der Kehlkopfmuskeln erzeugen können, werden genannt: Kupfer, Antimon, Phosphor, Arsen. Einen Fall, der auf Arsenintoxication zurückzuführen ist, theilt H. mit.

Ein Pat. erkrankte mit Gonorrhoe, dann an Entzündung mehrerer Gelenke der Extremitäten, an Posticuslähmung, welche die Tracheotomie erforderte. Lazarus (10) nimmt an, dass es sich um eine gonorrh. Neuritis des N. laryngeus inferior handelte.

Im ersten Falle, 59jähriger Mann, trat, nachdem Anfälle von Kehlkopfschwindel seit 2 Jahren mehrfach sich gezeigt hatten, in einem solchen Anfall der Exitus ein. Schadewaldt (12) berichtet noch über weitere 5 Fälle, in welchen chronischer Alcoholismus als Ursache des Exit. laryngis angesehen werden musste.

f) Tuberculose und Lupus.

1) Aronsohn, E., Primäre Lungentuberculose. Arch. f. Laryng. V. Bd. (Besprechung der Schwierigkeiten, welche sich der Diagnose einer primären Kehlkopftuberculose entgegenstellen. Mittheilung von zwei Krankengeschichten.) — 2) Bond, Fall von tuberculöser Laryngitis, in dem die Thyreotomie vorgenommen wurde. Centralbl. f. Laryng. 11. p. 567. (Heilung.) — 3) Brondgeest, P. A., Over lupus laryngis en, zijn chirurgische Behandeling. Weekbl. 28. Nov. — 4) Clar, K., Spontanheilung von Larynxgeschwüren bei Tuberculose. Wien. klin. Wochenschr. No. 4. (Fall von Lungen- und Kehlkopfphthise, Geschwüre an der Hinterwand des Kehlkopfes. Milchcur, Inhalationen der Quellen Gleichenberg's und leichte Hydrotherapie. Ziemlich rasche Verheilung der Geschwüre.) — 5) Hedderich, Klinische Erfahrungen über Paramonochlorphenol bei Larynxphthise. Münch. med. Wochenschr. No. 32. (Die Erfolge waren zwar nicht glänzend, doch erzielte man Reinigung der Geschwüre und Besserung der subjectiven Beschwerden.) — 6) Kuttner, A., Was leistet die Localbehandlung der Larynxphthise? Berl. klin. Wochenschrift. No. 3. — 7) Lack, L., Fall von geheilter Kehlkopftuberculose. Centralblatt f. Laryng. 11. p. 568. (Curettement und Milchsäurebehandlung.) — 8) Newman, D., Two cases of tubercular laryngitis, in which complet recovery took place; also, two cases of malignant disease of the tonsil treated by operation, and well more then four years thereafter. Glasg. Journ. April. — 9) Rubinstein, A., Ueber primären u. secundären Larynxlupus. S. Berlin. (Berl. Klinik 91.)

In einem Falle von primärem Kehlkopflupus erreichte Brondgeest (3) durch Pharyngotomia subhyoidea und später durch die Laryngotomie Heilung. Ebenso günstig war der Erfolg der chirurgischen Behandlung in einem Falle von secundärem Lupus des Kehlkopfes, während ein dritter Fall von secundärem Lupus an acuter Miliartuberculose zu Grunde ging.

Kuttner (6) weist die Einwände gegen die Localbehandlung, dass die Larynxerkrankung auch ohne jede Behandlung heilen könne und dass dieselbe meist erst dann eintrete, wenn das Lungenleiden bereits weit vorgeschritten sei, zurück. Die nächste Aufgabe der Therapie sei die Linderung der Beschwerden, unter denen die Schluckschmerzen obenan stehen. Er berichtet über 6 durch Curettement, bezw. Laryngofissur, Galvanocaustik, Incisionen, Milchsäureeinreibungen geheilte Fälle und giebt eine Uebersicht über die verschiedenen Methoden zur localen Behandlung der Larynxtuberculose.

In 2 Fällen von Kehlkopftuberculose leitete Newman (8) die Behandlung wie folgt: sehr kräftige, reizlose Ernährung, feuchte Athmungsluft, imprägnirt mit Menthol, Terpentin und Eucalyptus, Jodoformspray in den Kehlkopf. Die beiden malignen Fälle betrafen ein Epitheliom der linken Mandel, Excision vom Munde aus, nach 5½ Jahren noch kein Recidiv. Ferner carcinomatöse Ulceration an der linken Mandel, nach vorheriger Tracheotomie Zerstörung des Geschwüres mit der Galvanocaustik. Nach 4 Jahren kein Recidiv.

g) Geschwülste.

1) Baurowicz, A., Ein gestielter Krebs des Kehldeckels. Arch. f. Laryng. 4. Bd. 2. H. — 2) Beale, Cyste der Plica glosso-epiglottica. Centralbl. f. Laryng. 11. S. 561. (Cyste von Kirschkerngrösse.) — 3) Bergeat, H., Das Sarcom des Kehlkopfes u. der Luftröhre. Monatsschr. f. Ohrenheilk. 8—11. — 4) Bolte, A., Ueber einen seltenen Fall von Laryngitis chronica mit Entwickelung verschiedenartiger Tumoren. Diss. Königsberg. — 5) Bond, Myxom des Kehlkopfes. Centralbl. f. Laryng. 11. S. 562. (Erbsengrosse transparente Geschwulst am rechten Stimmbande bei einem 50jährigen Manne.) — 6) Chiari, O., Ueber Angiome der Stimmbänder. Arch. f. Laryng. V. Bd. — 7) Gluck, Kehlkopfgeschwülste. Deutsche med. Wochenschr. Vereinsbeil. No. 9. — 8) Lack, L., A contribution to the operative treatment of malignant disease of the larynx, with special reference to the danger of cancerous wound infection. Lancet. 13. Juni. (L. betont die Gefahr der krebsigen Infection der Wunden speciell bei Entfernung maligner Larynxneubildungen und beschreibt an der Hand eines Falles seine Methode, die Neubildung in einem Stück zu entfernen und nur im gesunden Gewebe den Schnitt anzulegen.) — 9) Mackenzie, H., Papillomata of the larynx in children. Brit. med. Journ. 12. Sept. (Tracheotomie, nach deren Ausführung die Papillome häufig spontan schwinden.) — 10) Navratil, E. v., Zur Therapie der multiplen Larynxpapillome. Berl. klin. Wochenschrift. No. 10. N. Y. med. Journ. 9. Mai. — 11) Rosenberg, A., Die Behandlung der Kehlkopfpapillome bei Kindern. Arch. f. Laryng. V. Bd. (Die Heilungsziffer bei den endolaryngeal behandelten Kindern ist höher als bei den thyreotomirten, die Laryngotomie ist nur bei älteren Kindern gestattet und auch hier nur in Ausnahmefällen.) — 12) Thomson, Myxom der Stimmbänder. Centralblatt f. Laryng. 11. S. 563. (38jährige Lehrerin mit einer erbsengrossen Geschwulst am rechten Stimmbande.)

Gestielte Formen bösartiger Geschwülste sind sehr selten. In dem von Baurowicz (1) beschriebenen und illustrirten Fall war der Sitz und die Grösse (Hühnerei) besonders interessant. Pat. überlebte die Operation nur kurze Zeit.

Bergeat (3) sammelte und analysirte 85 Fälle von primärem Sarcom des Kehlkopfes, 10 secundäre und 17 unsichere Fälle, ferner 7 Fälle von primärem und 10 von secundärem Sarcom der Luftröhre.

Bei einer 30jähr. Frau erst Catarrh, dann polypoide Hyperplasie des rechten Stimmbandes, dann eine Cyste

des linken und knotenförmige Hyperplasie des linken Stimmbandes, darauf unter weiterer Persistenz des Catarrhs an der Ansatzstelle des rechtsseitigen Polypen eine neue Hyperplasie. Bolte (4) nimmt den Catarrh als die primäre und die Hyperplasie als die secundäre Erscheinung an.

Die Angiome finden sich nach Chiari (6) meist bei Männern, seltener bei Frauen. Am häufigsten handelt es sich um einen Tumor cavernosus, seltener um Angioma simplex und nur ausnahmsweise um tumorartige Varicen. Ein Lymphangioma cavernosum wurde einmal an der aryepiglottischen Falte beobachtet. Therapie: Galvanocaustik. Recidive scheinen selten zu sein.

Gluck (7) berichtet über 17 Fälle von Kehlkopfgeschwülsten, bei 2 wurde die Tracheotomie gemacht, einer war inoperabel. Besprechung der Gefahren grösserer Eingriffe: Herzparalyse, echte Vaguspneumonie, Fremdkörperpneumonie, eitrige Mediastinitis. Zur Vermeidung der Schluckpneumonie empfiehlt er die quere Resection der Trachea und Annähung des Trachealstumpfes zu die Hautwunde.

Wenn die intralaryngeale Entfernung ausführbar ist, so ist diese nach Navratil (10) in erster Linie am Platze bei Kindern, wenn bedrohliche Erscheinungen von Kehlkopfstenose auftreten, rasche Tracheotomie, darnach intralaryngeales Curettement. Bei Recidiven Wiederholung desselben, doch von der Trachealöffnung aus. Bei Erwachsenen, wenn endolaryngeale Eingriffe nicht zum Ziele führten, Laryngofissur und gründliche Abtragung aller Tumoren.

[Sedziak, J., Ueber die malignen Neubildungen des Kehlkopfes. Przegl. chirurgiczny. Bd. III. H. 2—3.

Eine in jeder Beziehung musterhafte, am internationalen Concurs zu Toulouse prämiirte Arbeit, welche in leicht übersichtlicher Weise mit seltener Gründlichkeit die Aetiologie, anatomische Pathologie, Symptomatologie, Prognose und Therapie der malignen Neubildungen des Kehlkopfes und namentlich des Krebses bespricht. Am Schlusse der Arbeit sind sämmtliche publicirte Fälle von Larynxoperationen (Laryngofissur und Resection bezw. Exstirpation) wegen bösartiger Neubildung zusammengestellt. **Trzebicky** (Krakau).]

h) Syphilis.

1) Fink, E., Die Wirkungen der Syphilis in den oberen Luftwegen. 8. Halle. — 2) Hansemann, D., Ueber eine häufig bei Syphilis vorkommende Veränderung an der Epiglottis. Berl. klin. Wochenschr. No. 2.

Von der Basis des Zungengrundes entwickelt sich nach der Epiglottis hin eine entzündliche Affection, welche eine Retraction der Epiglottis bewirkt, so dass diese antiflectirt und sogar duplicirt wird. Unter 55 Fällen von Lues fand Hansemann (2) diese Erscheinung 25 mal auf dem Obductionstisch.

i) Intubation.

1) Aievoli, E., Contributo alla crico-tracheotomie per crup laringeo. Arch. ital. di Laringol. XV. 1. 1895. (2 Fälle operirt.) — 2) Franklin, M. M., Intubation of the larynx in Diphtheria with report of twenty-five cases. Medic. News. 25. VII. (Kinder im Alter von 13 Monaten bis 11 Jahren, 3 Todesfälle.) — 3) Galatti, D., Ueber Narbenstricturen nach Intubation. (S.-A.) gr. 8. Wien. — 4) Gouguenheim, La trachéotomie dans le service laryngologique de l'hôpital Lariboisière. Bull. de la Soc. de chir. — 5) Hillis, Th., The technique on intubation of the larynx in children, with some remarks on the time for operation and after-treatment. Medic. Record. 28. Nov. (Schilderung der Technik, des Instrumentariums sowie der Nachbehandlung.) — 6) Kellock, Intubation versus tracheotomy in diphtheria. Lancet. 3. October. — 7) Ollivier, E., Du tubage dans le croup. Rev. méd. Suisse romande. No. 10. — 8) Störk, C., Tracheotomie. (Larynxcarcinome. Die operative Behandlung. Operationsstatistik. Laryngoscopische Befunde bei Larynx- und Pharynxcarcinomen). Arch. f. Laryng. V. Bd. — 9) Sydow, F., Beitrag zur Geschichte der Tracheotomie. M. 5 Taf. 8. München. Münch. med. Abh. VIII. 7. — 10) Trumpp, J., Notiz zur Technik der Intubation. Münch. med. Wochenschr. No. 1.

Kellock (6) entscheidet sich für Intubation combinirt mit Injection von Heilserum. (5 Krankengeschichten, 1 Todesfall.)

Bei vorgerücktem Croup räth Ollivier (7) nicht zur Tubage. Pneumonie soll nicht häufiger auftreten als bei Tracheotomie. Die Canüle entfernt er durch Druck mit dem Daumen auf die Trachea. Die Tracheotomie solle fortan nur im äussersten Nothfalle bei Unmöglichkeit der Intubation und bei durch dieselbe bedingter mechanischer Asphyxie ausgeführt werden.

Zunächst bespricht Störk (8) die Tracheotomie im Allgemeinen. Bei den Radicaloperationen der Carcinome wurde die Tracheotomie als Voract vorgenommen, um den Pat. auf den grösseren Eingriff der halbseitigen Larynxexstirpation vorzubereiten. Von Radicaloperation wurden 18, von Palliativoperationen 13 vorgenommenen, inoperable Larynx- und Pharynxcarcinome sah St. 80 mal.

Trumpp (10) schlägt vor, bei Extubation durch Druck auf den oberen Theil der Luftröhren die Tube zu entfernen, was in Folge des eintretenden Hustenreizes stets gelingt.

k) Trachea.

1) Cott, G. F., Erythema nodosum trachealis. Medic. and surg. report. No. 2058. — 2) Gerhardt, C., Ueber Verkleisterung der Luftröhrenäste. Centralbl. f. innere Medic. No. 20. — 3) Koschier, H., Zur Kenntniss der Trachealtumoren. Wien. klin. Wochenschrift 24. — 4) Massei, F., Der peritracheolaryngeale Abscesss bei Kindern. Arch. f. Laryng. V. Bd.

Interessanter Fall von Cott (1); der Pat. war dem Ersticken nahe, Intubation erfolglos, es musste sofort ohne Narcose die Tracheotomie gemacht werden. Entfernung der Canüle nach 4 Tagen. 10 Tage vorher hatte der Pat. die für E. nodos. characteristischen Erscheinungen an den Unterextremitäten beobachtet. Mundhöhle und Kehlkopf waren freigeblieben, dennoch hält C. die Affection für Erythema nodosum der Trachealschleimhaut.

18 jähriger Bäckergeselle mit Husten und Athemnoth erkrankt, Auswurf: milchweiss gefärbt, breit zerfliessend, kleisterähnlich aussehend, auf Zusatz von Jodjodkaliumlösung blaue Flocken. Gerhardt (2) ist der Meinung, dass für das Asthma der Bäcker und

Müller solches Sputum wegen seiner grossen Klebrigkeit nicht ohne Bedeutung sei.

Bei einem 46 jährigen Manne wurden Tumoren an der vorderen Trachealwand beobachtet, die Diagnose auf Sarcom gestellt. Entfernung derselben durch Spaltung der Trachea. Bei der microscopischen Untersuchung fand Koschier (3), dass es sich um ein Carcinoma cylindrosum handelte, der erste Fall derart, der in der Trachea beobachtet wurde.

Auf gleicher Höhe mit den ersten Trachealringen befindet sich seitwärts von den Luftröhren eine Drüsenkette, welche Massei (4) für den Sitz jener nach Tracheotomie oder Intubation entstehenden Abscesse hält. Die Symptome solcher peritracheolaryngealen Abscesse gleichen im Allgemeinen denen einer acuten Larynxstenose. Bei der Laryngoscopie findet man unterhalb des Stimmbandes eine rothe, runde, glatte Schwellung. Therapie: Eiscravatte oder Eröffnung des Abscesses.

[Dziembowski, Beitrag zur Lehre von den Gummen (gummata) in der Lufröhre. Nowiny Lekarskie. No. 7.

Kurze Schilderung der pathologischen Anatomie und des klinischen Verlaufes dieses Leidens. D. meint, dass die Art des Hustens, besonders in späteren Stadien der Affection diagnostisch verwerthbar sei: Indem der Kranke zu husten anfängt, macht er eine characteristische Bewegung des Kopfes nach vorn und gegen diejenige Seite, an welcher das Gumma in der Luftröhre sich befindet. **Schoengut** (Krakau).

Blumental, A., Eindringen einer abgebrochenen Tracheotomiecanüle in die Lungen. Medycyna. No. 3.

Ein kräftiger junger Mann, welchem vor 2 Jahren nach einer Verletzung des Halses eine metallene Trachealcanüle eingelegt worden war, hat während der ganzen Zeit die äussere Canüle weder gewechselt, noch selbe überhaupt behufs Reinigung aus der Wunde herausgenommen. Anlässlich eines starken Hustenanfalles verspürte er, als ob etwas aus dem Kehlkopfe in die Tiefe gefallen wäre, worauf sich heftige Dyspnoë einstellte. Nach Herausnahme der Canüle bemerkte man, dass deren äusseres Rohr abgebrochen war. Pat. gab an genau das Auf- und Absteigen desselben beim Athmen zu spüren. Die am 3. Tage vorgenommene Untersuchung ergab ausser beschleunigtem Athem Symptome eines erschwerten Zutrittes der Luft zur linken Lunge. Die Sondirung der Trachea ergab einen negativen Befund. Verf. beschränkte sich auf rein exspectative Therapie. Während der folgenden Tage war die Cyanose vollständig geschwunden, dagegen stellten sich Schmerzen im 8. linken Intercostalraume, sowie reichliche blutig-eitrige Sputa ein. Nach etwa 2 Monaten nach dem Unfalle trat relative Heilung ein. Die Secretion des blutigen Sputums hat vollständig sistirt, Hustenanfälle mit sehr mässiger Expectoration traten überhaupt sehr selten auf und Patient kann seiner gewöhnlichen Beschäftigung als Kutscher ohne jedwede Beschwerden nach. Die Untersuchung des Brustkorbes ergab ganz normale Verhältnisse.

Der Fall beweist, dass Fremdkörper den Weg von der Trachea bis in das Lungenparenchym passiren können, ohne den Organismus besonders zu schädigen, und dass sie dann im Lungenparenchym symptomlos einheilen können. Dagegen kann Referent dem Verf. unmöglich beipflichten, wenn derselbe behauptet, dass in derartigen Fällen eine active chirurgische Therapie nur so lange indicirt und möglich ist, als der Fremdkörper noch in der Trachea sitzt, da ja doch Fälle bekannt sind, wo noch aus den Bronchien Fremdkörper von einer Tracheotomiewunde aus mittels entsprechender zangenförmiger Instrumente herausbefördert wurden.

Trzebicky (Krakau).]

l) Diphtherie.

1) Pluder, F., Ueber Rhinitis fibrinosa diphtherica. Deutsche med. Wochenschr. No. 44 und 46. — 2) Vent, F., Zur Casuistik der diphtheroiden Erkrankungen des Rachens. Dissert. Greifswald 1895.

Der sogenannte Nasencroup ist nach Pluder (1) eine ächte localisirte Diphtherie, bedingt durch den Löffler'schen Bacillus. Die Untersuchungen stützen sich auf 6 Fälle.

Angina mit 7 tägiger Febris continua und kritischer Defervescenz. Aus dem grauen fibrinösen Belag konnte Vent (2) nur Diplococcen züchten, welchen die Infection zugeschrieben wird.

m) Keuchhusten.

Sticker, G., Der Keuchhusten. Spec. Path. und Ther. Bd. IV.

Sticker bietet einen erschöpfenden mit voller Beherrschung der Literatur in anregender Sprache geschriebenen Ueberblick über die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse. Besonders anerkennenswerth sind die Capitel über die Geschichte und die geographische Verbreitung des Keuchhustens.

Krankheiten des Circulationsapparates

bearbeitet von

Prof. Dr. M. LITTEN in Berlin.*)

I. Krankheiten des Herzens.

1. Allgemeines.

1) Janisch, Ueber das Verschwinden des diastolischen Geräusches bei einer ausgesprochenen Aorteninsufficienz. Inaug.-Diss. Berlin. — 2) Simbrigh, Ueber gehäuftes Auftreten primärer Herzaffectionen und deren Ursachen. Prager med. Wochenschr. No. 34 u. 35. — 3) Schott, Ueber Verwendung des Nitroglycerins bei Angina pectoris. Therapeutische Monatsh. März. — 4) Hering, Ueber Pseudo-Hemisystolie beim Menschen. Prager med. Wochenschr. No. 6 u. 7. — 5) Brosch, Ein Fall von Herztuberculose mit typischem „Weil'schen Symptomencomplex". Ein casuistischer Beitrag zur Frage der Einheit der Aetiologie des von Weil beschriebenen Krankheitsbildes. Wiener med. Presse. No. 30 u. 31. — 6) v. Holowinski, Ueber die Photographie der zwei Herztöne, gleichzeitig mit anderen physiologischen Wellen. Zeitschrift f. klin. Medicin. 31. Bd. H. 3 u. 4. — 7) Boltz, Zur Casuistik des gleichzeitigen Vorkommens von Herzkrankheiten und Lungentuberculose. Deutsche med. Wochenschr. No. 52. — 8) Bäumler, Fall von erworbener Stenosirung der Pulmonalklappen. Münch. med. Wochenschr. No. 7. — 9) Jacobsohn, Zur Diagnose der Mediastinaltumoren. Inaug.-Diss. Berlin. 1897. — 10) v. Basch, Der plötzliche Herztod. Wien. med. Blätter. No. 1 u. 2. — 11) Geigel, Beitrag zur physicalischen Erklärung functioneller Herzgeräusche. Münch. med. Wochenschr. No. 15. — 12) Gumprecht, Ueber Herzpercussion in vornübergebeugter Körperhaltung. Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. 56. — 13) Zabludowski, Massage bei chronischen Herzkrankheiten. Berl. klin. Wochenschrift. No. 20. — 14) Bernstein, Ueber die durch Contusion und Erschütterung entstehenden Krankheiten des Herzens. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 29. H. 5 u. 6. — 15) Becher, Ueber Herzempfindungen. Deutsche med. Wochenschr. No. 18. — 16) Leyden, Ueber die Affection des Herzens mit Tuberculose. Ebendas. No. 1 u. 2. — 17) v. Weismayr, Tuberculose bei Herzfehlern. Wien. klin. Wochenschr. No. 8 u. 9. — 18) Heinemann, Die physicalische Behandlung der chronischen Herzkrankheiten (nach Schott). Deutsche med. Wochenschr. No. 33. — 19) Oertel, Ueber die Ernährung der chronisch Herzkranken. Zeitschrift für Krankenpflege. No. 1 u. 2. — 20) Heitler, Volumschwankungen des Herzens mit Schwankungen des Pulses; correspondirende Volumschwankungen der Leber und der Milz. Wien. med. Wochenschr. No. 13. — 21) Schott, Ueber giebtische Herzaffectionen und deren Behandlung. Berl. klin. Wochenschr. No. 20 u. 21. — 22) Hirschfeld, Ueber die Ernährung der Herzkranken. Ebendas. No. 33. — 23) Lindsay, Steven, On the Nauheim (Schott) methods of treatment as applied to cases of cardiac valves disease of rheumatic origin. Glasgow Journ. May. — 24) M'Call, Anderson, The Schott treatment. Ibidem. Juni. — 25) Aitchison, Robertson, On the irregularity seen in some sphygmographic tracings. Edinburgh Journ. March. — 26) Kelly, The significance of murmurs in the diagnosis of valvular disease of the heart. Med. News. July. — 27) Hood, Abstract of a post-graduate address on angina pectoris considered as a symptom. The Lancet. Septbr. — 28) Report of the Lancet Commission on the balneological and gymnastic treatment of heart disease at Nauheim. Ibidem. August. — 29) Broadbent, Note on auscultatory percussion and the Schott treatment of heart disease. Wirth holidays for London doctors. March. — 30) Toore, Two cases of heart disease treated by saline bath. Brit. med. Journ. p. 1139. — 31) Adam, On mediastinal friction; with notes of a peculiar case. Ibidem. April. — 32) Terez, On a new auscultatory sign in connection with mediastinal affections. Ibid. Septbr. — 33) Herrick, On the importance of physical signs other than murmur in the diagnosis of valvular diseases of the heart. Reprinted from medicine. Geo. S. Davis, Publish. October. — 34) Hanot, Sur le rétrécissement de l'artère pulmonaire considéré comme manifestation d'hérédité tuberculeuse. Gazette hebdomadaire de méd. et de chirurgie. No. 23. — 35) Rause, Note clinique sur le traitement hydrominéral de l'angine et des pseudo-angines de poitrine. Gazette médicale de Paris. No. 19. — 36) Sainsbury, Venous murmur as heard in the chest: a practical point. The Lancet. Februar. — 37) Rochester, Two cases of intrathoracic growths. Med. and surg. Reporter. May. — 38) Thorne, Cases of heart disease treated by the „Schott" method. The Lancet. Jan. — 39) Lindsay, Steven, A case of mediastinal tumor involving the root of the left lung. Glasgow Journal. February. — 40) Jackson, An examination of one hundred cases of disease of the heart collected from the autopsy records. Boston medical and surgical journal. No. 21. Vol. CXXXIV. — 41) Herschell, Critical remarks upon the Nauheim treatment of heart disease. The Lancet. February. — 42) Harveian society of London, Nauheim and the

*) In der Bearbeitung dieses Berichtes bin ich von Dr. H. Davidsohn in dankenswerther Weise unterstützt worden.

Schott treatment of diseases of the heart. Ibidem. March. — 43) Kingscote, Fifteen months' practice of the Schott methods for the treatment of chronic affections of the heart. Ibidem. — 44) Gräupner, Die Balneotherapie der chronischen Herzkrankheiten, ihr Mechanismus und ihre Beziehung zur Dynamik des Kreislaufs. Deutsche med. Wochenschrift. No. 33. — 45) Fisser: Remarks on the bruit de galop aud its causation. Americain journal of med. scient. Septbr. — 46) Duffey, A discussion on the treatment of cardiac failure. The British Journal. September. — 47) Brockbank, Causation of the double first cardiac sound. Ibidem. June. — 48) Thomson, Campbell, The practical application ot the Röntgen Rays in diseases of the heart and great vessels. The Lancet. December. — 49) Russel, An address and limitations in cardiac therapeutics. The British Journal. July. — 50) Leith, On treatment of heart disease. Edinb. med. Journal. XLI. 10. cf. 58. — 51) Heinemann, Newton, Experiences with the physical and Schott treatment of chronic heart disease. Medical Record. December. — 52) Thomson, Some points in the therapeutics of diseases of the heart. Ibid. June. — 53) Bard, De l'importance de la palpation du coeur; données cliniques et signes nouveaux qu'elle fournit. Lyon médical. No. 22. — 54) Thorne, Bezly, Notes on certain changes in the cardio-vascular system whrich are induced by treatment according to the Schott Methods. The British Medic. Journ. March. — 55) Smith, Andrew H., Anämia in cardiac disease. Medical Record. December. — 56) Enebuske, Claes, Gymnastics in heart diseases. Boston medical journal. June. — 57) Thorne, Bezly, Self-Poisoning in heart disease: its relation to the Schott methods of treatment. The Lancet. March. — 58) Leith, The physiology of the action of thermal saline baths and resistance exercises in the treatment of chronic heart disease. Ibidem. — 59) Grainger Stewart and Herringham and Leith and Liddell and Edgekanbe and Saundby and Bramwell and Morison and Bezly Thorne and Jamieson and Mc. Arthur and Barr and Russell and Kingscote and Campbell and Earle and Savill and Fisser, A discussion on the treatment of cardiac failure. The British Journal. September. (In längerer Discussion verbreiten sich die Genannten in einer Sitzung der British Medical association über ihre mit der Nauheim-Schott-Methode gemachten Erfahrungen.) — 60) Williams, Watson, Note on auscultatory percussion of the heart. The British Medical Journal. September. — 61) Coggeshall, A case of syphilis of the blood. Boston medic. and surg. Journ. Decbr. 10. — 62) Elsner, H. L., Serious heart lesions without wellmarked continous physical signs. Med. News. Sept. 5. — 63) Lorand, Arnold, The influence of cold upon a diseased heart. Med. Record. July 10. — 64) Ribbing, S., Kann man Herzfehler, durch Ueberanstrengung erzeugt, und ähnliche Krankheiten, durch chronische Endocarditis verursacht, diagnostisch unterscheiden? Hygiea. 2. p. 286—287. — 65) Köster, H., Ueber das Verhalten der linken Herzkammer bei Mitralfehlern. Ibidem. LVIII. 9. p. 284—5. — 66) Pettersson, O., Ueber die Percussion des Herzens. Ibidem. p. 202, 3. — 67) Edgren, Ueber die accidentellen Blasegeräusche über dem Herzen. Ibid. p. 285, 6. — 68) Strandquard, Ueber die Herzpercussion und besonders über den Werth der örtlich abgedämpften Percussion des Herzens. Nord. med. Ark. No. 2 u. 8. — 69) Piotrowski, Beitrag zur Lehre von den Veränderungen des Blutes bei organischen Herzfehlern. (Polnisch.) Gazeta lekarska. No. 27/28. — 70) Zabludowski, J., Die Behandlung chronischer Herzleiden mittels Massage. Ibid. No. 25.

Janisch (1) theilt einen Fall von ausgesprochener Aorteninsufficienz bei einem 34 jähr. Mann mit, bei dem das diastolische Geräusch vollständig wieder verschwunden ist. Trotz häufiger Auscultation von verschiedenen Seiten ist kein diastolisches Geräusch nach mehreren Monaten mehr zu erkennen, als Patient zum 2. Mal die Klinik aufsuchte, nachdem es bei seinem ersten Aufenthalt sehr deutlich zu hören war. Die Aortenklappeninsufficienz muss also in der Zwischenzeit ausgeheilt sein. Dies kann erfolgt sein: 1. durch Dehnung der intact gebliebenen Klappen oder nur von Klappentheilen. Es können nach Drasche selbst geringfügige, gesund gebliebene Theile inmitten starr verknöcherter Massen, indem sie sich dehnen, sich an der Schliessung des Aortenostium betheiligen. 2. durch compensirende Auflagerungen auf den Klappen; es können durch eine neue Eruption von Endocarditis oder durch Atheromatose an den Schliessungslinien der Klappen Auflagerungen von frischem Fibrin oder Vegetationen sich absetzen, den Spalt verlegen und so die Insufficienz aufheben. 3. Durch Resorption oder Schrumpfung von Infiltraten und Exsudaten auf den Klappen. Doch ist für diesen Modus, obgleich er von verschiedenen Seiten angenommen wird und theoretisch auch leicht zu erklären ist, ein Beweis noch nicht erbracht. Es können aber auch durch den Blutstrom bestehende Auflagerungen durch Fortschwemmen von einzelnen Theilen verkleinert werden. 4. Kann das Aortenrohr im Bereich der Klappen, besonders durch Schrumpfung der Sinus Valsalvae oder durch Verdickung seiner Wandungen enger, und somit die insufficienten Klappen zum Verschluss ausreichend werden. — Meist handelt es sich wohl bei eingetretenen Heilungen der Aorteninsufficienz um Dehnungs- und compensirende Ablagerungsvorgänge. Die Heilung kann eine temporäre oder dauernde sein. Das jüngere Lebensalter scheint für das Zustandekommen einer Accommodation günstiger zu sein, als die späteren Jahre. Solche Klappeninsufficienzen müssen sich nach Gerhardt, wenn sie heilen sollen, im Stadium der vollen Compensation befinden. Dem Verschwinden des diastolischen Geräusches bei eingetretener Schlussfähigkeit der Klappen pflegt meist im Laufe der Zeit ein allmäliges Zurückgehen der consecutiven Erscheinungen und Symptome der Insufficienz zu folgen.

Fernhalten jeder grösseren Arbeitsleistung des Herzens, Vermeidung geistiger und körperlicher Aufregungen, eine gesunde kräftige Ernährung ist dringend anzurathen.

Simbrigh (2) hat Gelegenheit gehabt, als Regimentsarzt ein gehäuftes Auftreten von acuten, primären Herzaffectionen zu beobachten. Es waren vorwiegend Endocarditiden von acutem und subacutem Verlauf. Die Truppe, bei der die Erkrankungen vorkamen, lag am Gardasee, am zahlreichsten waren die Fälle in Riva. Unter 33 Fällen boten 22 die Erscheinungen der Endo-, 5 der acuten Plicarditis, bei 2 Fällen war anfangs präcardiales Reiben und später endocarditisches Geräusch wahrnehmbar gewesen, bei 3 Fällen bestand Endo- und

Pericarditis gleichzeitig durch längere Zeit, bei den vier Mann waren die Erscheinungen geringgradig, von kurzer Dauer und ohne Folgezustände. Da acuter Gelenkrheumatisnus bei all' diesen Fällen nicht vorhergegangen war und für Wundinfection nicht die geringste Wahrscheinlichkeit vorlag, da ferner in den meisten Fällen keine, in den übrigen nicht solche Organerkrankungen anderer Art vorhanden waren, mit welchen sonstige Herzaffection sich zu verbinden pflegt, während an den Kreislaufsorganen die Symptome meist sehr ausgeprägt wahrnehmbar auftraten und in 6 Fällen rasch zu organischen Herzfehlern führten, so war die Diagnose der acuten primären Herzaffection wohl berechtigt. Die Ursache dieser Erkrankungen ist so gut wie gänzlich unbekannt, man kann für ihr Zustandekommen alle möglichen Einwirkungen verantwortlich machen. Durchkältung und körperliche Anstrengungen gelten als eine der hauptsächlichsten Ursachen, hinsichtlich der chronischen recurrirenden Form nach Alcohol-Missbrauch und phychischen Aufregungen.

Während von anderen Ländern günstige Erfolge mit der Behandlung von Angina pectoris mit Nitroglycerin publicirt wurden, war dies in Deutschland bis vor 10 Jahren anders, es war also nach Schott (3) entweder das Mittel nicht in den entsprechenden Fällen gegeben worden, oder die Dosis und endlich auch die Form desselben waren nicht die geeigneten gewesen. Das Nitroglycerin entfaltet seine beste Wirkung bei den reinen Formen der angiospastischen Art der Angina pectoris; diesen zunächst kommen die Fälle, bei welchen sich der Herzkrampf zu Aortenfehlern gesellt. Viel weniger zuverlässig ist das Mittel bei Stenocardie im Gefolge von Myocarditis, auch bei Fettherz und bei weakened heart ist es weniger wirksam. Bei Brustkrampf im Gefolge von Aortenaneurysmen ist die Wirkung meist nur eine geringfügige, und bei den reinen motorischen Neurosen lässt das Mittel nach Verf. häufig im Stich. Mit Sicherheit lässt sich bei keinem Pat. ein Erfolg voraussagen, die Wirkung ist stets ganz individuell. Wo die toxischen Wirkungen sich schon bei einer geringfügigen Dosis zeigen in Form von Schwindel, Ohnmachtsanwandlungen etc., da muss man von der Anwendung absehen. Nach der Erfahrung des Verf.'s ist die flüssige Form die beste, und zwar mit Tinct. capsici, Spiritus rectificatiss. und Aqua menthae. Am vortheilhaftesten ist: Nitroglycerin. 0,2, Tinct. capsici 2,5, Spirit. rectificatiss., Aqua menth. pip. aa 12,5, MDS 2—5—10 Tropf. Häufig ist es geradezu wunderbar, wie schnell sich die Wirkung des Nitroglycerins entfaltet, oft hört schon nach 1 Minute der Krampfzustand des Herzens auf. In vielen Fällen aber ist erst eine grössere einmalige Dosis von Erfolg, und ist Verf. überzeugt, dass man über 1 mg als Einzeldosis weit hinausgehen kann. Es kann daher unter bestimmten Voraussetzungen das Mittel ausgiebiger verwerthet werden, als es bisher geschehen ist. Zur rechten Zeit angewandt, ist das Nitroglycerin zweifelsohne berufen, bei der Behandlung der Angina pectoris eine wichtige Rolle zu spielen.

Um jene Fälle, welche früher fälschlicherweise unter dem Namen Hemisystolie gingen und auch jetzt noch auf Grund gewisser Symptome eine Hemisystolie, d. h. ein halbseitiges Auftreten der Herzcontractionen innerhalb eines bestimmten Zeitabschnittes, vortäuschen können, entsprechend zu characterisiren, schlägt Hering (4) für dieselben den Namen Pseudo-Hemisystolie vor. Zu der Auffassung einer Hemisystolie bestimmte in einer Anzahl von Fällen die Beobachtung, dass zwei fühlbaren Venenpulsen nur ein fühlbarer Arterienpuls entsprach. Verf. theilt einen derartigen Fall mit, der ein 35jähriges Dienstmädchen betraf, das eine Insufficienz und Stenose der Mitralis, verbunden mit einer Tricuspidalinsufficienz hatte. Der Puls an der Radialis war frequent, auffallend klein und ungleich im Rhythmus wie in der Intensität. Öfters fiel für die fühlende Hand ein Schlag aus. Während der Arterienpuls an allen Arterien klein war, pulsirten eine Anzahl Venen sehr deutlich, so die Venae jugulares und subclaviae; es bestand ein ausgesprochener Lebervenenpuls und es pulsirten ausser den beiden Cruralvenen auch beide Venae saphenae. An der rechten unteren Extremität, an der Innenseite über dem Kniegelenk, fand sich eine handtellergrosse Fläche, an welcher deutlich die Pulsation einer Anzahl Varicen wahrnehmbar war. Palpirte man den Venenpuls gleichzeitig mit dem Arterienpuls, so war abgesehen von der Stärke der Venenpulse besonders auffallend, dass gleichzeitig mit dem Ausfallen eines Pulses an der Radialis ein deutlicher Venenpuls zu fühlen war. Die graphische Aufnahme mittelst des Knoll'schen Polygraphen ergab als wesentlichstes Resultat zum Unterschied von der Palpation des Pulses, dass kein Arterienpuls gänzlich ausfiel, wenn er auch oft nur angedeutet war. In Anbetracht dieser äusserst kleinen Pulse ist es zu verstehen, dass dem Finger leicht ein Puls unfühlbar wurde, der dennoch vorhanden war. In solchen Fällen hat daher die graphische Methode der Pulsaufnahme entschieden grossen Werth.

Brosch (5) theilt einen Fall mit, der einen casuistischen Beitrag zur Reihe jener Krankheitsfälle bildet, welche unter dem typischen Weil'schen Symptomencomplex verlaufen, aber nach Klarstellung ihrer Aetiologie und ihres anatomischen Befundes als zu einer bereits bestehenden und gut gekannten Krankheit sich erweisen. Es waren alle typischen Weil'schen Symptome vorhanden, vor Allem die Weil'sche Trias: Icterus, Milztumor, Albuminurie, doch liessen sich auch viele der übrigen Begleitsymptome, als Appetitlosigkeit, Mattigkeit, Stuhlverstopfung, später Diarrhöen, Schüttelfrost, Muskelschmerzen in den unteren Extremitäten, schmerzhafte Anschwellung der Leber, hämorrhagisches Exanthem mit Sicherheit constatiren. Die Section ergab unerwarteter Weise Folgendes: Chronische Lymphdrüsentuberculose, übergreifend auf das Pericard, chronisch tuberculöse Pericarditis, übergreifend auf die Kammerscheidenwand und auf das Endocard. Von da aus Generalisirung des Processes: miliare Tuberculose der Leber und der übrigen Organe. Die Hämorrhagien in der Pleura, Milzcapsel, in den Nieren, Nierenbecken und in der Haut hängen wahrscheinlich unmittelbar

mit der Verallgemeinerung des Processes durch die Blutbahn zusammen; das Entstehen und die Zunahme des Icterus lässt sich ungezwungen aus der miliaren Lebertuberculose erklären. Dieser Fall war von mehreren Aerzten schon während des Lebens als Weil'sche Krankheit angesprochen worden. — Als vollgültige Beweise für oder gegen die Specifität einer Krankheit können nach Verf. nur angeführt werden 1) klinisch beobachtete, in Genesung ausgehende Fälle, in welchen die Aetiologie der Erkrankung einwandsfrei festgestellt ist, 2) klinisch beobachtete, tödtlich verlaufene Fälle, in welchen der Obductionsbefund das Krankheitsbild einwandfrei aufgeklärt hat. Nach Stirl ist die Weil'sche Krankheit nicht eine Morbus sui generis im Sinne der Autoren, sie ist vielmehr der specielle Fall einer Infection vom Verdauungstractus aus. Und nach Weil selbst ist es verfrüht, auf Grund eines noch so präcisen Krankheitsbildes die Existenz einer „neuen" Krankheit behaupten zu wollen, für welche weder der anatomische Befund, noch der specifische Krankheitserreger nachgewiesen ist. Hingegen wird der Weil'sche Symptomencomplex als characteristisches Merkmal eines eigenartigen Verlaufes irgend einer Infection oder Intoxication für alle Zeiten zu Recht bestehen.

Es ist v. Holowinski (6) gelungen, Apparate herzustellen, welche die Herztöne automatisch, auf allen gleichzeitigen Wellen photographiren und welche von der persönlichen Subjectivität des Pat. oder des Beobachters ganz unabhängig sind. Das Grundprincip der neuen Methode bildet die Anwendung eines besonders dazu construirten Microphons zur Aufnahme dem mechanischen Erschütterungen (kleiner Frequenz und verhältnissmässig grosser Amplitude), welche im Brustkorb entstehen, synchronisch mit dem Schluss der Herzklappen (2 Tönen). Diese „fühlbaren Klappenstösse," die schon Traube in der Periode der Systole durch die Palpation in der Gegend des dritten bis sechsten Rippenknorpels und dem unteren Theil des Brustbeins erforschte, sind nach Verf. auch ebenso häufig im Anfang der Diastole. Verf. hat nun nach langen und mühsamen Versuchen ein Microphon zusammengesetzt, das diese periodischen nicht tönenden Erschütterungen in laut klingende telephonische Töne verwandelt, genau synchronisch mit den Herztönen des Stethoscopps. Diese Methode beherrscht aber nach Verf. nicht allein das Gebiet der physiologischen Anwendungen; sie kann auch Photogramme liefern, auf welchen die Zeit des Entstehens aller pathologischen fühlbaren Herzgeräusche automatisch markirt wird. Doch wird die sichere Sondirung der sehr kleinen pathologischen Zacken der Geräusche von anderen gleichzeitigen Zickzacken des Schalls (und der wechselnden Empfindlichkeit der Instrumente) eine zuweilen sehr schwere Aufgabe sein, wenn schon die bis jetzt den Verf. gelungene Markirung der zwei Herztöne dafür bürgt, dass diese schwere Aufgabe doch gelöst werden wird, wenn geeignete Mittel angewandt werden.

Boltz (7) theilt einen Fall von gleichzeitigem Vorkommen von Herzkrankheiten und Lungentuberculose bei einem 20jähr. jungen Manne mit, bei dem die Section Folgendes ergab: Alte Lungentuberculose mit frischer Aussaat von Miliartuberkeln in der Umgegend, ältere und jüngere tuberculöse Darmgeschwüre. — Stenose und Insufficienz der linksseitigen Herzostien im Anschluss an angeborene Enge der Aorta. — Hochgradige Nierenschrumpfung, bedingt durch umfangreiche alte Infarcte. — Hochgradige venöse Hyperämie der Darmschleimhaut — tödtliche Verblutung aus einer geborstenen ectatischen Vene im Grunde eines tuberculösen Darmgeschwürs. — Die hochgradige Enge der Aorta (7,5 cm im Vergleich zur 9 cm weiten Pulmonalis), sowie ihre Dünnwandigkeit ist wohl als das Primäre für das ganze Krankheitsbild anzusehen. Hierdurch ist es bei dem Kranken in der Jugend zunächst zur Ausbildung einer Chlorose gekommen. Aus der Aplasie der Arterienwandung ergiebt sich eine grosse Disposition zur Erkrankung derselben, und zwar findet sich in diesem Fall eine geringe Verengerung der Mitralis, der Aortenzipfel ist bedeutend verdickt und die Sehnenfäden sind verkürzt, so dass es bei einer geringen Stenose auch zur Insufficienz gekommen ist. Das Aortenostium stellt nur noch einen ganz kleinen starren Ring dar, die Klappen sind verwachsen und durch Kalkeinlagerungen verdickt. Entsprechend dieser mit Insufficienz gepaarten hochgradigen Aortenstenose und Mitralinsufficienz ist es zu einer enormen Hypertrophie des linken Ventrikels gekommen. Ferner hat sich durch Rückstauung eine starke Erweiterung des rechten Vorhofs und Hypertrophie des rechten Ventrikels herausgebildet und es ist im rechten Ventrikel zur Ausbildung von organisirten Laënnec'schen Thromben gekommen. Indem abgebröckelte Theilchen der Auflagerungen durch den Blutkreislauf in entfernte Organe verschleppt wurden und hier Embolien hervorriefen, ist es in den Nieren zu ausgedehnten Verödungen des Parenchyms und Narbenbildungen gekommen. Die fast vollkommene Aortenklappenstenose ist ein für die Lungenphthise sehr prädisponirendes Moment. Dagegen musste nach Traube die in unserem Fall vorhandene Mitralstenose und Insufficienz wegen der Stauung in den Lungen Immunität gegen Tuberculose herbeiführen. Auch im Darm hat sich neben älteren tuberculösen Herden frische Tuberkelaussaat entwickelt, obwohl starke Stauung bestand, eine Stauung, die so stark war, dass sie schliesslich durch das Bersten einer kleinen Vene den Tod durch Verblutung herbeiführte.

Bäumler (8) theilt einen Fall von erworbener Stenosirung der Pulmonalklappen bei einem 16jährigen jungen Manne mit, der beim Eintritt in die Klinik die Erscheinungen eines Herzklappenfehlers mit wahrscheinlich noch fortbestehender Endocarditis und einer hämorrhagischen Nephritis darbot. Es bestand häufig Nasenbluten, später traten mehrmals hämorrhagische papulöse Erytheme an den Extremitäten und im Gesicht auf. Die von Anfang an neben mässiger Stauungsleber sehr vergrösserte Milz schwoll unter heftigen Schmerzen und leichten, aber rasch vorübergehenden Fiebererscheinungen rasch beträchtlich an; linkerseits entwickelte sich gleichzeitig ein pleuritischer Erguss. Am Herzen fand sich constant ein systolisches Geräusch, am lautesten

über der Basis auf dem Sternum und dem linken Sternalrand am Ansatz des dritten Rippenknorpels. Das etwas rauhe systolische Geräusch, zeitweise auf dem Manubrium sterni, am linken Rande desselben stärker rechts, aber auch im Jugulum und an den Carotiden fühlbar, sehr laut oberhalb des 4. Rippenknorpel bis zum Jugulum hörbar. Der 2. Ton war an der Herzspitze sowohl als an der Basis laut, stets vollkommen rein. Die Section des an Erysipel gestorbenen Pat. zeigte, dass die Aorta und Mitralis vollkommen frei waren und die Erkrankung lediglich ihren Sitz in der Pulmonalis hatte. Es handelte sich um eine längst abgelaufene Endocarditis, welche durch Verwachsung der freien Ränder der Klappensegel zu einer Verengerung des Lumens der Pulmonalarterie geführt hatte, der Art, dass die mit einander verwachsenen Klappensegel ein Diaphragma mit centralem Loch von etwa 1 cm Durchmesser darstellten. Frischere Entzündung in Form von Ulceration und Thrombenbildung fand sich mehrere Centimenter oberhalb dieses Klappenseptums an der rechten und vorderen Wand der Pulmonalarterie. Angesichts dieses Befundes ist es sehr auffallend, dass keine Erscheinungen einer Insufficienz der Klappen während des Lebens vorhanden gewesen waren. Ferner ist bemerkenswerth, dass an den Halsvenen zu keiner Zeit besonders auffällige Stauungserscheinungen hervorgetreten waren und dass die Stauung sich hauptsächlich auf des Pfortadersystem beschränkte.

Jacobsohn (9) theilt einen in vieler Hinsicht eigenartigen Fall von Mediastinaltumor mit, der einen 21jähr. Mann betrifft. Vorwiegend waren die Erscheinungen von Störungen des venösen Kreislaufs ausgeprägt. Von vornherein war auf Grund der Doppelseitigkeit der Sshwellungen vermuthet worden, dass nicht allein eine Vena anonyma, sondern die Vena cava superior selbst von der Compression betroffen sei, was die Autopsie auch bestätigte. Der Tumor hatte aber auch die Circulation in den als Collateralbahnen in Betracht kommenden Venae azygos und hemiazygos gestört. Das Leiden nahm einen auffallend schnellen Verlauf, was durch hämorrhagische Diathese und die dadurch verursachten Blutverluste zu erklären ist. Es traten Blutungen in der Haut, der Retina und, wie die Section gezeigt, in fast allen Organen auf, das Blut wies hochgradige Leucocytose auf, ausserdem bestand Milztumor. Dies alles erinnert an das Krankheitsbild der Leucämie, deren Auftreten im Verein mit Geschwulstbildungen des Mediastinum mehrfach beobachtet worden ist. Doch sieht Verf. in diesem Fall als Ausgangspunkt des Tumors nicht die mediastinalen Lymphdrüsen, sondern die Reste der Thymus an. Verf. theilt dann noch einen Fall von Mediastinaltumor bei einem 52jähr. Manne mit, der das Bild eines Aortenaneurysmas fast bis ins Einzelne vortäuscht. Ein Gegenstück zu dem vom Verf. beobachteten Fall stellt ein anderer von Schwab aus der Würzburger Klinik mitgetheilter Krankheitsfall dar, welcher zugleich zeigt, dass auch ein nicht pulsirender Mediastinaltumor einer Verwechselung mit einem Aneurysma unterliegen kann. Wegen dieser Unsicherheit, welche bezüglich der Diagnostik der Mediastinaltumoren noch herrscht, betont Leube, dass der definitiven Diagnose eines Mediastinaltumors immer eine Probepunction voranzugehen hat.

In seiner Abhandlung über Herzpercussion in vornübergebeugter Körperhaltung kommt Gumprecht (12) zu folgenden Schlüssen: Die absolute Herzdämpfung gewinnt in vornübergebeugter Körperhaltung an Umfang, Intensität und Resistenz. Während die absolute Herzdämpfung in Rückenlage öfters in Folge von Lungenemphysem oder Magen-Darm-Tympanie verschwindet, wird sie in vornübergebeugter Körperhaltung stets nachweisbar. Vermöge der Percussion in vornübergebeugter Haltung wird eine Reihe von bisher nicht erkennbaren Herzhypertrophien der Diagnose zugänglich, in erster Linie die linksseitigen, durch Emphysem markirten Altershypertrophien (Arteriosclerose, Schrumpfniere), weniger regelmässig die rechtsseitigen Hypertrophien.

Bernstein (14) fasst die sämmtlichen bisher publicirten Fälle traumatische Herzaffection (120 an der Zahl) in einer Tabelle zusammen, um für etwaige spätere experimentelle Untersuchungen eine historische Grundlage zu schaffen, und fügt noch 4 selbst beobachte Fälle hinzu. Indem Verf. sich bemüht, festzustellen, in welche hergebrachte Categorie die auf traumatischem Wege entstandenen Herzkrankheiten einzureihen sind, findet er, dass es keine specifischen traumatischen Herzerkrankungen giebt, dass man vielmehr bei jeder auch an eine andere Entstehungsart denken kann. Verf. behält daher bei Besprechung der Fälle die alte Eintheilung in organische und functionelle oder nervöse Herzkrankheiten bei; eine Mittelstellung zwischen beiden nehmen die Compensationsstörungen ein.

Die Massage tritt nach Zabludowski (13) bei Herzkranken überall in erster Linie in ihre Rechte, wo erfahrungsmässig körperliche Ruhe angezeigt ist. Dann haben wir in ihr neben dem Digitalis ein wirksames Mittel, um schon manchmal in wenigen Tagen auf das Herz beruhigend und regulirend einzuwirken und zugleich den Widerstand für die Circulation in der Peripherie zu vermindern. Die Massage hat sich nützlich erwiesen, wenn sie nicht zu gelinde, sondern energisch durchgeführt wurde. Der Pat. verträgt die Massage gut, wenn er zweckentsprechend gelagert ist, d. h. so, dass die zu massirenden Partien erschlafft und gut gestützt sind, der Masseur aber keine brüsken Bewegungen macht. Die Herzregion selbst wird in der ersten Zeit nicht berührt. Da die Gesammtcirculation erleichtert und ausgeglichen werden soll, so beschränkt man sich nicht auf einzelne Körpertheile, sondern es wird die sogenannte allgemeine Massage ausgeführt. Reizung der sensiblen Nerven am Rücken, Nacken, Hals und an den Intercostalräumen, sowie Reizung des Vagus durch Rückenklopfung bilden einen integrirenden Theil dieser allgemeinen Massage und erhöhen die Wirkung wesentlich. — Die Resultate, welche durch diese mechanische Behandlung bei chronischen Herzkrankheiten, in erster Linie bei Neurosen, Sclerose der Kranzarterien, Hypertrophie nach Luxusconsum, Herzschwäche nach Influenza erzielt worden sind, lassen es nach Verf. als zweckmässig erscheinen, solche Behandlungen auch weiter

systematisch durchzuführen in Curen von 4—6 wöchentlicher Dauer mit je einer Sitzung von 10—15 Minuten Dauer, täglich, am besten Vormittags 1—2 Stunden nach dem ersten oder zweiten Frühstück.

Nach Becher (15) gebricht es bis jetzt an einer Analyse der Herzempfindungen, wenn auch ausführliche und genaue Beschreibungen der Erscheinungen derselben vorliegen. Um die Möglichkeit einer Analyse dieser zusammengesetzten Herzempfindungen erst anzubahnen, war eine Untersuchung darüber nöthig, ob und welche einfachsten Empfindungen, sozusagen Elementarempfindungen, überhaupt am Herzen auftreten. Es genügt dabei nicht die objective Beobachtung des Untersuchenden, vielmehr muss noch der Beobachtete, der Pat., eine gewisse Befähigung zur Selbstbeobachtung haben. Von den in regelmässigen Zwischenräumen sich wiederholenden und normal starken Zusammenziehungen des Herzens dringt nichts in unser Bewusstsein. Erst wenn die Herzthätigkeit beim Gesunden z. B. durch körperliche Anstrengungen oder durch psychische Erregung gesteigert wird, wird er sich des Herzschlages bewusst. Auf Grund seiner Beobachtungen zeigt Verf., dass von den einfachen Herzempfindungen zwei deutlich subjectiv wahrnehmbar sind, das Aussetzen des Herzschlages und die Verstärkung des Herzschlages bei Hypertrophie des linken Ventrikels in Folge von Aorteninsuffienz. — Mit Hülfe des Kymographions kann man beim intermittirenden, subjectiv wahrgenommenen Puls experimentell die Zeitbestimmen, die zwischen dem Ausfall der Herzcontraction und der subjectiven Wahrnehmung der ausgebliebenen Contraction vergeht. In der Psychologie werden diese Herzempfindungen zu den Organempfindungen gerechnet. Die Kenntniss dieser ist noch gering. Die Herzempfindungen sind von den Organempfindungen diejenigen, die dem Studium noch am meisten zugänglich sind, weil hier die automatischen Zusammenziehungen des Organs für die Untersuchung von wesentlichem Vortheil sind.

Leyden (16) weist in seiner Abhandlung über die Affection des Herzens mit Tuberculose darauf hin, dass die Complication von Herzkrankheiten und Phthise für den Arzt einen directen diagnostischen und prognostischen Werth hat. Von Interesse ist die Kleinheit des Herzens bei der Phthise, Beneke fand durch zahlreiche Messungen im Durchschnitt ein zu kleines Herz, ca. $^1/_2$ der normalen Grösse. Rokitansky stellte sodann die Theorie auf, dass Tuberculose und Herzkrankheiten einander ausschliessen, doch hat sich diese Anschauung nicht in vollem Umfang bestätigt. Fromholz berichtete über das gleichzeitige Vorkommen von Herzklappenfehlern und Lungenschwindsucht und fand es bei 8 pCt. Er kam zu dem Schlusse, dass am häufigsten die Stenose das Ostium arteriosum dextrum, seltner Erkrankungen das Aortenostium, am seltensten Mitralfehler gleichzeitig mit chronischer Lungentuberculose vorkommen, doch ist die Differenz nicht bedeutend. Erkrankungen mehrerer Ostien scheinen niemals oder doch höchst selten mit Phthise gleichzeitig vorzukommen. Die Tuberculose des Herzens kommt in 3 Formen vor: 1. in der Herzmusculatur, 2. im Endocard, 3. in den thrombotischen Gerinnseln zwischen den Trabekeln des Vorhofs oder der Ventrikel. Hierbei sieht Verf. von der tuberculösen Pericarditis ab, bei welcher die Eruption von miliaren Tuberkeln im Pericard und in der Exsudatschicht seit langer Zeit mit Sicherheit nachgewiesen ist. Tuberkeln im Herzfleisch sind von Interesse dadurch, dass die Skeletmusculatur gegen Tuberkel, wie es scheint, ganz immun ist, und dass sie auch im Herzmuskel nur selten vorkommen. Bacteriologisch ist ihr Vorkommen wiederholt und mit relativer Leichtigkeit nachgewiesen worden. Von grösserem Interesse ist die Endocarditis tuberculosa der Klappen. In 4 vom Verf. beobachteten Fällen wurden Tuberkelbacillen in den Klappenapparaten und dem Endocard nachgewiesen. Die nicht an der Oberfläche, sondern in den tiefern Gerinnseln resp. den Klappengeweben gefundenen Bacillen lagen nur zum kleinen Theil frei, der grösste Theil war in Zellen eingeschlossen. Was die Entwicklungsform der Tuberkelbacillen in Herzthromben anbetrifft, so sind sie nach Ansicht des Verf.'s die pathologisch interessantesten. Es handelt sich hierbei um Thromben, die intra vitam entstanden sind, welche man früher als Herzpolypen bezeichnete. Der Umstand, dass die Tuberkelbacillen sich zum grössten Theil in Zellen eingebettet vorfinden, zeigt die Zelle als Transporteur der inficirenden Bacillen, also als Förderer und Begünstiger derselben. Interessant ist ferner die Thatsache, dass sich T. in Thromben und Fibringerinnseln ablagern und fruchtbar entwickeln können.

Der alte Satz von Rokitansky, dass die Venosität und Cyanose eine eminente Immunität von tuberculöser Erkrankung begründet, ist schon längst nicht mehr in vollem Maasse giltig. Chambbs z. B. kommt in seinen Beiträgen zur Statistik der Tuberculose zum Schluss, dass Herzkrankheiten nicht so sehr die Tuberculose auszuschliessen vermögen, als diese jene. Frommolt erklärt, dass die Combination dieser beiden Erkrankungen keineswegs so selten sei, wie anfangs angenommen wurde, dass aber die Erkrankung mehrerer Ostien zu gleicher Zeit niemals oder doch nur äusserst selten mit Lungenschwindsucht vergesellschaftet sei. Eine Ausnahme mache nur die auch mit andern Herzfehlern complicirte Pulmonalstenose. Auf der 3. medicinischen Klinik in Wien kamen zufällig in rascher Aufeinanderfolge 6 Fälle von Herzfehlern mit nachfolgender Tuberculose zur Beobachtung, die Weismayr (17) veröffentlicht. In 3 Fällen wurde die im Leben gestellte Diagnose durch die Section vollinhaltlich bestätigt, in den anderen Fällen war die Diagnose überaus gut begründet. In 2 Fällen handelte es sich um Insuff. vatr. mitral., Stenosis sot. venos. sin., 2 mal um Insuff. valv. mitral. et Aortae, 2 mal um Insuff. valv. Aortae. In 4 Fällen war die Tuberculose zu einem schon bestehenden Vitium cordis hinzugetreten, während sich das in 2 Fällen nicht nachweisen liess. Bei 3 Fällen verlief die Tuberculose entschieden chronisch, was Verf. im Sinne von Rokitansky so deutet, dass eben die durch das Vitium cordis im Zustande der Hyperämie erhaltene Bronchialschleimhaut keinen

günstigen Boden für die Entwickelung der Tuberculose abgiebt. Die beiden Ostien des linken Herzens scheinen sich der Lungentuberculose gegenüber gleich zu verhalten. Anders die combinirte Erkrankung der Mitralis und Aorta. Es scheint gerade die combinirte Erkrankung mehrerer Ostien einen hemmenden Einfluss auf die Entwicklung, resp. den Verlauf der Lungentuberculose zu haben.

Ueber die physicalische Behandlung der chronischen Herzkrankheiten nach Schott ergeht sich Heinemann (18). Nach Schott soll die Widerstandsgymnastik in folgender Weise geübt werden: 1. Die Uebungen sollen langsam, stetig und ohne jegliche Anstrengung gemacht werden. 2. Dieselbe Bewegung soll niemals zweimal hintereinander gemacht werden. 3. Bei jeder neuen Uebung sollen neue Muskelgruppen in Thätigkeit gesetzt werden. 4. Nach jeder Uebung soll eine Ruhepause eintreten. 5. Immer soll die Athemfrequenz und der Puls controlirt werden. Doch erfordert nach Verf. ein jeder Fall besondere Berücksichtigung, sowohl bezüglich der Herzkrankheit, wie des allgemeinen Zustandes. Bäder allein können zur vollständigen Herstellung führen. Gymnastik allein führt mitunter zur völligen Genesung, braucht jedoch bisweilen von Zeit zu Zeit einige Unterstützung (Diätetik und Medicamente), um diese Genesung zu erhalten. Bäder und Gymnastik zusammen geben die besten Resultate. Der beste Erfolg ist nach Verf. dadurch zu erreichen, dass man mit Bädern beginnt und erst später nach Ende einer Woche Gymnastik hinzufügt. Tritt ein Rückfall ein (Stauung, Albuminurie, Angina pectoris etc.), so muss man abwarten, bis Pat. sich wieder erholt. Verf. hat in Nauheim selbst 77 Fälle beobachtet und zwar handelte es sich bei ihnen nicht nur um vorübergehende Besserung, sondern um gut erhaltene dauernde Genesung. 5 Fälle hat Verf. in der Berliner Charité behandelt und zwar nur mit Gymnastik, doch mit gutem Erfolg. Verf. konnte in keinem der Fälle, die er bei Schott in Nauheim während mehrerer Jahre zu sehen Gelegenheit hatte, Collaps noch irgend welche durch die Behandlung veranlasste Schädlichkeit beobachten. In den richtigen Fällen angewandt, eignet sich die physicalische Heilmethode nach Verf. nicht nur dazu, bestehende Compensation zu erhalten, sondern sie ist geradezu ein vorzügliches Mittel, um Compensationsstörungen zu beseitigen. Die Behandlung hat ausserdem noch den Vorzug, dass sie nicht nur auf das Herz, sondern auch kräftigend auf den ganzen Organismus einwirkt.

Unter den chronischen Formen der Herzkrankheiten mit mehr oder weniger schwerer Beschädigung des Circulationsapparates müssen nach Oertel (19) unterschieden werden: 1. solche Fälle, bei welchen eine mehr oder weniger ausreichende Compensation der Beschädigung noch besteht und 2. jene, in welchen die Compensation aufgehoben und schwere Kreislaufstörungen bereits hereingebrochen sind. Die Vorschriften und Anordnungen der Kost für Herzkranke sind bedingt durch die von der Herzkrankheit abhängigen Circulationsstörungen. Die Ernährung der Kranken hat sich unabänderlich zu richten nach 1. den mechanischen Verhältnissen des Circulationsapparates, 2. wird der Ernährungszustand des Kranken, sein Eiweiss- und Fettbestand die Zusammensetzung der Nahrung bestimmen und 3. wird nach der Beschaffenheit des Blutes und nach der Functionsfähigkeit des Harnapparates die Flüssigkeitsaufnahme zu regeln sein. Die erste Aufgabe in der Ernährung solcher Kranken wird es sein, so wenig wie möglich Speisen und Getränke auf einmal aufnehmen zu lassen. Für die Grösse der Reduction ist das Quantum der vorher gewohnten Nahrungsaufnahme maassgebend. Neben der Quantität der aufzunehmenden Nahrung kommt bei Herzkranken auch die Qualität derselben, abgesehen von der besonderen Rücksichtnahme auf den jeweiligen Fettbestand, in Betracht. Die Eiweisszufuhr darf nie zu kurz bemessen werden, da es sich in erster Linie um Kräftigung des Herzmuskels im Sinne einer Hypertrophie und Hyperplasie seiner Muskelelemente handelt. Das vortheilhafteste Getränk wird nach Verf. immer das Wasser, gutes Trinkwasser sein. Es kann die Kostordnung für chronisch Herzkranke nicht in einer Formel aufgestellt werden, die für alle Fälle brauchbar wäre. Die Auswahl der Speisen und Getränke hat vielmehr nach für die Ernährung giltigen Gesetzen zu erfolgen, und die Grösse der Aufnahme hat sich nach den mechanischen Verhältnissen des Circulationsapparates zu richten. Bei harnsaurer Diathese ist durch eine grössere Reihe von Differenzbestimmungen herauszufinden, wie gross die Flüssigkeitsmenge sein muss, unter welcher am meisten Harn entleert wird.

In denjenigen Fällen, bei welchen die Schwankungen des Pulses bei Arythmie einige Zeit anhielten, konnte Heitler (20) nachweisen, dass die Schwankungen des Pulses mit Volumschwankungen des Herzens einhergehen; bei kleinem Puls findet sich grosse, bei grossem Puls kleine Herzdämpfung. Mit diesen Schwankungen des Pulses und des Herzvolumens treten correspondirend auch Schwankungen des Milz- und Lebervolumens auf. Bei grosser Herzdämpfung und kleinem Puls findet sich grosse, bei kleiner Herzdämpfung und grossem Puls kleine Leber- und Milzdämpfung. Verf. theilt 7 Fälle mit, bei denen er dies deutlich beobachten konnte. In einem 8. Fall, der einen 25jährigen jungen Mann betrifft, konnte Verf. die geschilderten Verhältnisse besonders günstig beobachten, da bei diesem die Schwankungen des Pulses bedeutender waren und längere Zeit anhielten. Ebenso wie der Puls und das Volumen des Herzens, schwankten auch die Töne, und die Schwankungen der Töne correspondirten mit den Schwankungen des Herzvolumens und des Pulses; bei grossen Pulsen und kleiner Herzdämpfung waren die Töne stärker, bei kleinen Pulsen und grosser Herzdämpfung waren sie schwächer. Der Uebergang von den starken Tönen zu den schwächeren war bald ein plötzlicher, bald konnte man ein successives Schwächerwerden und Wiedererstarken der Töne beobachten. Die Abschwächung der Töne war meist eine gleichmässige, so dass die Töne an allen Orten gleichmässig abgeschwächt wurden, manchmal fast bis zur Unhörbarkeit.

Manchmal war jedoch die Abschwächung der Töne eine ungleichmässige, so dass die Töne des einen Ventrikels an Intensität abnahmen, während die Töne des anderen Ventrikels nicht in demselben Grade abgeschwächt wurden oder auch unverändert blieben oder an Intensität zunahmen. Auch das Wiedererstarken der Töne war manchmal ungleichmässig. — Nach den Erfahrungen in pathologischen Fällen werden die von den Volumschwankungen des Herzens abhängigen raschen Volumschwankungen der Leber nicht überraschen. Bekannt ist das rasche Entstehen und rasche Schwinden der Stauungsleber, Verf. hat in einem Fall binnen 5 Minuten eine hochgradige Stauungsleber schwinden sehen.

In früheren Arbeiten wird von selbstständig auftretenden gichtischen Herzleiden nichts erwähnt, und hat dies zu dem irrthümlichen Glauben geführt, dass es selbständige gichtische Herzleiden gar nicht gäbe. Schott (21) hebt die Schwierigkeit der Diagnose der gichtischen Herzaffectionen hervor; für die Sicherstellung der Diagnose bieten sich uns drei verschiedene Hülfsmittel dar, die klinische Beobachtung und Erfahrung, die pathologisch-anatomische resp. pathologisch-chemische Untersuchung und endlich, in manchen Fällen, die ex juvantibus zu ziehenden Schlussfolgerungen. Zwei Momente fallen Verf. ganz besonders auf, 1. dass bei den reinen Formen der regulären Gicht chronische Herzleiden nur selten, vielmehr fast stets bei den irregulären Gichtformen beobachtet werden, 2. dass die grosse Mehrzahl solcher Herzleidenden Männer sind und zwar jenseits der 40er Jahre, während Frauen und Kinder viel seltener davon befallen werden. Aber auch bei der regulären Gicht ist das Herz, wenn auch meist nur vorübergehend, in Mitleidenschaft gezogen. Im Verlauf der irregulären Gicht vermögen in Folge der Gicht allein sich Klappenfehler auszubilden; viel grösser noch ist die Zahl derer, bei denen durch Hinzutreten von bekannten Schädlichkeiten, so Missbrauch von Alcohol oder Tabak, sexuelle Excesse, Lues, Uebierernährung etc., auf gichtischer Basis Klappenfehler verschiedener Art sich um so leichter und rascher ausbilden. In der Praxis bietet freilich die Differenzirung zwischen directen und indirecten Einflüssen oft grosse Schwierigkeiten. Am schnellsten führt die Gicht zu motorischen und sensiblen Herzneurosen, Krampfanfälle bilden sich häufig aus. In der Regel sind häufig wiederkehrende Anfälle ein Zeichen, dass sich auf gichtisch-sclerotischer Basis eine Angina pectoris vera ausgebildet hat, die sich in keiner Weise von der auf anderer Grundlage entstandenen unterscheidet. Nicht weniger zahlreich sind die Fälle, bei denen das Herz secundär in Mitleidenschaft gezogen wird. — Die Therapie hat sowohl der gichtischen Diathese wie der Herzaffection Rechnung zu tragen. Obenan steht die Regelung der Diät. Was die Bäderbehandlung anbetrifft, so warnt Verf. vor extrem warmen oder kalten Temperaturen, vor zu langer Dauer des Einzelbades und vor zu rascher Steigerung der Salz- oder Kohlensäureconcentration.

Während es vor 30—40 Jahren als Grundsatz galt, Herzkranken und Kranken mit Compensationsstörungen möglichst wenig Nahrung zu reichen, ist dies Verfahren in der letzten Zeit vollständig aufgegeben worden. Hirschfeld (22) weist nun darauf hin, dass erstens Einwirkungen der Nahrungszufuhr auf den Kreislauf sich geltend machen können, ferner, dass zeitweise Nahrungsbeschränkungen in gewissen Stadien der Compensationsstörungen von Vortheil sind, schliesslich, dass bei darniederliegender Esslust bei Herzfehlern und Compensationsstörungen eine reichliche Ernährung unter Umständen schädlich wirken kann. Auf Grund seiner Beobachtungen stellt H. folgende Sätze auf: Bei einer Verminderung der Nahrungszufuhr wird auch das Verlangen nach Flüssigkeitsaufnahme ein geringeres. Ein günstiges Resultat von der Anwendung der Minderernährung kann man erwarten, wenn nur ein mässiger Grad von Oedemen besteht, ferner, wenn die Compensationsstörungen seit nicht zu langer Zeit entstanden sind und es sich um keine allzu schweren Fälle handelt. Das Wesentliche ist jedoch, dass die Esslust vorher eine rege gewesen sein muss, so dass die Ernährung des Kranken bisher eine wenn nicht reichliche, so immerhin doch genügende war. War vorher schon die Esslust eine geringe, so dass die Pat. etwa nur die Hälfte des Bedarfs deckten, so hat eine weitere Verminderung nur wenig Vortheil. Verf. kam hierdurch zu dem Schluss, dass in derartigen Fällen der Organismus durch die Appetitlosigkeit gewissermaassen schon eine Selbstregulirung allmälig versucht hat. Das Ergebniss seiner Versuche ist: eine zeitweilige Inanition ist vortheilhaft bei Compensationsstörungen, wenn vorher die Esslust eine rege war. Ist die Esslust vermindert, so dass die Ernährung ungenügend war, dann nutzt eine weitere Verminderung der Kost nichts. In diesem Fall ist aber auch die nach einer Beseitigung der Magenbeschwerden herbeigeführte reichlichere Ernährung schädlich. — Mit der Mindernährung geht auch eine Verringerung der Flüssigkeitsaufnahme Hand in Hand; diese letztere allein genügt jedoch nach den Untersuchungen von H. nicht, um Diurese herbeizuführen. Treten Symptome von Herzneurose bei Patienten auf, welche den sog. plethorischen Habitus bieten, so empfiehlt sich neben dem Verbot der Alcoholica auch durch eine Entfettungscur eine Verminderung des Körpergewichts eintreten zu lassen.

Die Schott'sche Behandlungsmethode bei Herzklappenerkrankungen rheumatischen Ursprungs beruht nach Lindsay Steven (23) auf zweierlei, 1. dem Gebrauch salinischer und brausender Bäder mit langsam anwachsender Stärke und allmäliger Verminderung der Temperatur, und 2. auf der Anwendung von regelmässigen Widerstandsbewegungen, der sog. Widerstandsgymnastik. Verf. theilt 3 selbst beobachtete Fälle von Klappenerkrankungen rheumatischen Ursprungs mit, die nach der Schott'schen Methode behandelt wurden. Der erste Fall betrifft ein 13jähriges Mädchen, das an Mitralinsufficienz rheumatischen Ursprungs litt; durch die Schott'sche Behandlung besserte sich der Allgemeinzustand und die Dyspnoe bedeutend, der Zustand des Herzens blieb, was den Character des Geräusches und des Spitzenstosses anbetraf, unverändert. Im 2. Fall

handelt es sich um ein 17jähriges Dienstmädchen, das an Mitralinsufficienz rheumatischen Ursprungs mit leichten Anginapectonsanfällen und grosser Herzdilatation litt. Bei dem Versuch, Pat. mit Bädern zu behandeln, stellte sich Chorea ein. Die Wirkung der Widerstandsgymnastik zeigte sich nach Verf. darin, dass die Herzhypertrophie zunahm. Die Schott'sche Behandlungsmethode versagte also nicht nur vollständig, sondern sie verschlechterte sogar den Allgemeinzustand. Der dritte Fall betrifft ein 12jähriges Schulmädchen mit Mitralinsufficienz und grosser Herzhypertrophie rheumatischen Ursprungs. Unter den gewöhnlichen therapeutischen Maassnahmen besserte sich der Zustand, Bäder hatten die unerwartete Wirkung, dass Pat. ihren Eltern nicht eher Ruhe liess, bis sie sie aus dem Hospital nahmen. — So viel geht jedenfalls aus alledem hervor, dass die Schott'sche Methode sicher kein Specificum bei Behandlung von Herzklappenerkrankungen rheumatischen Ursprungs ist.

M'Call Anderson (24) theilt in der Glasgower medicinisch-chirurgischen Gesellschaft 2 Fälle mit, die nach der Schott'schen Methode behandelt wurden. Der erste Fall betrifft eine 58jährige Frau mit Aneurysma des transversalen Theils des Arcus aortae. Die Herzdämpfung betrug 3,75 Zoll im Querdurchmesser. In einem Zeitraum von 5 Wochen nahm sie 28 Bäder, nach Beendigung der Bäderbehandlung hatte sich ihr Allgemeinbefinden bedeutend verbessert und der Querdurchmesser der Herzdämpfung war auf 2,5 Zoll zurückgegangen. Der 2. Fall betrifft eine 30jährige Haushälterin, die über Palpitation, Athemnoth bei der Arbeit und Husten seit 6 Monaten klagte. Vor der Behandlung mit Widerstandsgymnastik schlug der Spitzenstoss $2^5/_8$ Zoll unterhalb und $1^1/_4$ Zoll nach aussen von der l. Mammillarlinie. Die Herzdämpfung betrug im Querdurchmesser $5^5/_8$ Zoll, Puls 152, sehr unregelmässig. Nach der Cur war der Spitzenstoss 2,5 Zoll unterhalb und 0.5 Zoll nach aussen von der l. Mammillarlinie fühlbar, der Querdurchmesser war auf $4^1/_4$ Zoll zurückgegangen und der Puls schwankte zwischen 88 und 104 Schlägen in der Minute. Der Allgemeinzustand der Pat. hatte sich ganz bedeutend gebessert.

Bei den sphygmographischen Aufzeichnungen sieht man nach Aitchison Robertson (25) öfters eine mehr oder weniger deutliche Unregelmässigkeit in der Länge der Pulswellen. Man hat dies immer auf die Unregelmässigkeit der Herzthätigkeit geschoben. Verf. glaubt aber, dass dies mehr dem aufzeichnenden Apparat als dem Herzen zuzuschreiben ist, da er öfters bemerkt hat, dass ein Puls, der dem tastenden Finger ganz regelmässig zu sein schien, als Sphygmogramm Unregelmässigkeiten aufwies. Verf. beschäftigt sich eingehend mit den Sphmygmographen von Dudgeon und Marey und prüft sie nach allen Richtungen, um diesen Unregelmässigkeiten auf die Spur zu kommen. Er stellt folgende Regeln auf: 1. muss man das Instrument immer auf dieselbe Stelle appliciren, auf die Art. radialis, ein wenig nach der ulnearen Seite des Proc. styloideus des Radius, $^1/_2$ Zoll über diesem. 2. darf man keinen starken Druck auf die Arterien ausüben. 3. muss man darauf sehen, dass der Schreibstift sich mit der grössten Amplitude bewegt, bevor er eine Pulscurve aufzeichnet. 4. immer eine neue Curvenzeichnung dann beginnen, wenn das Uhrwerk ganz aufgezogen ist; niemals darf man zwei Aufzeichnungen hintereinander machen, ohne das Uhrwerk wieder von Neuem ganz aufzuziehen. So wird man im Stande sein, Unregelmässigkeiten so viel wie möglich zu vermeiden.

Kelly (26) bemüht sich, nachzuweisen, dass die Wichtigkeit der Geräusche bei der Diagnose von Klappenerkrankungen des Herzens oft überschätzt wird, und dass sie gar nicht von so pathognomonischer Bedeutung sind, wie oft angenommen wird. Es giebt noch andere und wichtigere physicalische Zeichen einer Klappenerkrankung. Das Geräusch ist ein Glied in der Kette der Diagnose, aber nach Verf. beinahe das unwichtigste. Es besteht nach Verf. eine Analogie zwischen dem Symptom der Herzgeräusche bei der Diagnose auf Klappenerkrankungen, und dem Auffinden von Albumen bei der Diagnose der Nephritis. Wie die Geräusche sich gewöhnlich bei Klappenerkrankungen finden, so findet sich Albumen in Fällen von Nephritis, doch keines von beiden Symptomen ist pathognomonisch für die betreffende Krankheit; beide bedürfen erst noch der Bestätigung durch andere Symptome. Man kann bisweilen die Diagnose Nierenentzündung mit aller Bestimmtheit stellen, ohne dass sich Eiweiss im Urin vorfindet, und ebenso kann man sicher eine Klappenerkrankung des Herzens zuweilen diagnosticiren, ohne dass sich Geräusche am Herzen vorfinden. Es giebt 1. Fälle, in welchen die Existenz eines Geräusches die Diagnose der Klappenerkrankung unterstützt; 2. Fälle, in welchen trotz der Gegenwart eines Geräusches die Diagnose einer Klappenerkrankung nicht gestellt werden kann, und 3. Fälle, in denen man eine Klappenerkrankung mit aller Bestimmtheit diagnosticirt, ohne dass das geringste Geräusch nachweisbar wäre. Hieraus ist ersichtlich, dass das Symptom der Geräusche bei der Diagnose der Klappenerkrankungen nicht von allzugrosser Wichtigkeit ist.

The Lancet (28) hat eine Commission von mehreren hervorragenden Aerzten nach Nauheim gesandt, um an Ort und Stelle die Schott'sche Behandlungsweise zu erproben. Dieselbe kommt zum Schluss, dass Nauheim vermöge seiner geographischen Lage, seiner reichen Salinen und gashaltigen Thermalwässer wohl im Stande ist, einen bedeutenden Einfluss auf das Gefässsystem auszuüben. Was die Widerstandsgymnastik anbetrifft, so muss man mit derselben langsam und vorsichtig steigen, wenn man nicht damit Schaden anrichten will. Jedenfalls muss das System noch vielseitig erprobt werden und darf niemals kritiklos bei allen Fällen ohne Unterschied in Anwendung gebracht werden.

Poore (30) theilt 2 Fälle von Herzerkrankung mit, die mit salinischen Bädern, Jod- und Calciumchlorid enthaltend, behandelt wurden. Der erste Fall betrifft einen 33jährigen Mann, der an Herzverbreiterung und Angina pectoris-Anfällen litt. Es handelte sich um eine

Aortenerkrankung mit auffallend lauten Geräuschen. Die Herzspitze war im 6. Intercostalraum, 3 Zoll nach aussen von der linken Mammillarlinie. Die Bäder bekamen ihm trotz starker Angina sehr gut und wurden auf seinen Wunsch fortgesetzt. Als er nicht mehr gehen konnte, wurde er aus dem Bett direct ins Bad gehoben. Bei Rückenlage schlug die Herzspitze im Bade im 5., im Sitzen im 6. Intercostalraum, gleich nach dem Bade war sie wieder an derselben Stelle wie vorher. Die Herzdämpfung war nach jedem Bade verkleinert, transversal und vertical, einmal sogar in transversaler Richtung um $2^3/_4$ Zoll, doch blieb diese Verkleinerung nicht bestehen, sondern verschwand wieder bald nach dem Bade. Der Character der Geräusche blieb durch die Bäder unverändert. Als Pat. 55 Tage im Hospital war, fühlte er sich wohl genug, um nach Hause zurückzukehren. — Der 2. Fall betrifft einen 26jährigen Mann mit doppelter Aortenerkrankung. Der Spitzenstoss schlug im 6. Intercostalraum, dicht neben der Mammillarlinie. Pat. nahm 6 Bäder, und nach jedem Bad verkleinerte sich die Herzdämpfung transversal um $^2/_3$, vertical um $^1/_2$ Zoll.

Adam (31) berichtet über ein Mediastinalgeräusch im Anschluss an einen selbstbeobachteten Fall, der einen 26jährigen Mann betrifft. Pat. klagt plötzlich über Schmerzen am Brustbein, die sich besserten, wenn er auf der linken Seite lag. Keine Dyspnoe, keine Expectoration. Puls und Temperatur normal. Die linke Seite athmete nicht mit, auch war hier weder Athemgeräusch noch Stimmfremitis zu hören. Herztöne rein. Lag Pat. auf der linken Seite, so trat am 2. Tage ein doppeltes Geräusch auf, das den systolischen und diastolischen Herzton begleitete, und das sogar in der Entfernung von mehreren Fuss noch hörbar war. Die Prüfung der physicalischen Erscheinungen ergab, dass dieselben wechselten, je nachdem Pat. sass oder lag, und zwar rechts und links verschieden. Nach Aufenthalt auf dem Lande verschwanden diese Geräusche. Um was es sich gehandelt, ist schwer zu sagen; jedenfalls hat es sich um leichten Pneumothorax gehandelt. Es bestand kein subcutanes Emphysem.

Perez (32) schreibt über ein neues auscultatorisches Symptom bei Mediastinalerkrankungen. Bei einer Pat. mit Mediastino-Pericarditis hörte er bei Erheben und Senken der Arme ein Reibegeräusch. Die Pat. litt ausserdem an Tuberculose. Die Geräusche waren trockene crepitirende Geräusche. Verf. hat dieselben noch an mehreren Pat. zu hören Gelegenheit gehabt.

Herrick (33) ergeht sich des Weiteren über die Wichtigkeit der physicalischen Symptome, abgesehen vom Geräusch bei der Diagnose der Klappenerkrankungen des Herzens. Er stellt folgende Sätze auf: 1. muss jede Klappenerkrankung, sei es Stenose oder Insufficienz, zur Hypertrophie und Dilatation des Herzens hinter der erkrankten Klappe führen. Hypertrophie einiger Theile des Herzens sind infolgedessen der sicherste Beweis für eine Klappenerkrankung. Fehlen von Hypertrophie zeigt ein Geräusch als ein functionelles oder zufällig entstandenes an. 2. bei einer Klappenerkrankung des Mitralostiums nimmt die Spannung im Lungenkreislauf zu. Eine Aortenerkrankung führt dasselbe Resultat herbei. Diese Zunahme der Spannung im Lungenkreislauf zeigt sich in der Verstärkung der Intensität des zweiten Pulmonaltons, wie schon Skoda nachgewiesen hat. Nirgends ist diese Verstärkung des zweiten Pulmonaltons deutlicher zu bemerken als bei Mitralstenose, wobei häufig kein Geräusch hörbar ist, sie erlaubt daher ohne Weiteres oft, die Diagnose auf Mitralstenose zu stellen. 3. Stenose der Orificien des linken Herzens macht sich durch eine geringere Menge Blut im grossen Kreislauf bemerkbar und diese hieraus resultirende verringerte Arterienspannung zeigt sich deutlich beim Puls, der bei Aorten- und Mitralstenose klein ist. 4. Fehler des rechten Herzens führen eine allgemeine venöse Blutstauung herbei, die sich durch verschiedene Symptome bemerkbar macht, z. B. durch Venenpuls, Stauung in der Leber und im Pfortadersystem, durch Anasarca der unteren Extremitäten. Alle diese Symptome, wie Hypertrophie, Zunahme des Blutdrucks, Stauungserscheinungen etc., sind nach Verf. viel wichtiger für die Diagnose als die Herzgeräusche. Er räumt daher der Inspection, Palpation und Percussion des Herzens eine viel grössere Wichtigkeit ein, als der Auscultation, der er bei der Untersuchung den letzten Platz zuweist.

Ueber die Stenose der Pulmonalarterie als Zeichen tuberculöser Heredität spricht Hanot (34) und theilt 3 Fälle mit, die junge Leute betreffen, welche von tuberculösen Eltern herrühren. Bei dem einen jungen Mann war der Vater allein an Phthise gestorben, bei den beiden anderen Fällen waren beide Eltern der Tuberculose erlegen. In allen 3 Fällen bestand nur Pulmonalstenose ohne Anzeichen irgend einer anderen Klappenerkrankung. Seit ihrer Kindheit klagten alle drei über Schwerathmigkeit und Herzklopfen bei der geringsten Anstrengung. Zwei von ihnen sind in ihrer Jugend scrophulös gewesen, aber keiner ist je lungenleidend gewesen. Ihr Aussehen ist blühend. Verf. betrachtet als Zeichen von tuberculöser Heredität die angeborene Aortenstenose der Chlorotischen (Aorta chlorotica nach Virchow), und frägt sich angesichts dieser 3 Fälle, ob man nicht die Pulmonalstenose ebenso als Zeichen tuberculöser Heredität auffassen soll.

Unter 65 Beobachtungen von de Ranse (35) über Angina pectoris fanden sich 63 falsche Anginen und nur 2 Fälle von wirklicher Angina pectoris. Unter den 63 falschen waren 36 nervösen Ursprungs, davon 3 bei Hysterie, 29 bei Neurasthenie, 2 bei Basedow und 2 bei Tabes; 6 reflectorischen Ursprungs, davon 2 bei einer Magenaffection, 3 bei Brachialisneuralgien, 1 bei einem Neurom des linken Armstumpfes. 5 waren infectiöser Natur, davon 2 bei Malaria und 3 bei Nicotinintoxication; 16 waren neuro-arthritischen oder nur arthritischen Ursprungs. Verf. hat alle diese Fälle mit Mineralbädern behandelt. Glücklicherweise handelt es sich in den allermeisten Fällen um Pseudo-Anginen, deren erschreckende Symptomatologie in keinem Verhältniss zur Schwere der Erkrankung steht, denn die ersten Bäder werden in den meisten Fällen nicht gut vertragen. Es tritt Angstgefühl, Beklemmung auf der

Brust auf, wodurch leicht ein Anfall hervorgerufen werden kann, man muss daher im Anfang sehr vorsichtig bei der Bäderbehandlung sein, bis die Pat. sich daran gewöhnt haben. Die Dauer des Bades muss sehr kurz sein, etwa 5 Minuten, später kann man allmälig steigen bis zu 30, ja 45 Minuten. Die Prognose der wahren Angina pectoris ist sehr schlecht, die der Pseudo-Anginen gut. Vor allen andern Bädern werden von allen Autoren die von Névis empfohlen und mit gutem Erfolg angewandt, bei der wahren Angina sind sie nur von bedingter Wirkung, bei den Pseudo-Anginen heilen sie häufig für immer. Von den beiden Patienten des Verf.'s mit wahrer Angina starb der eine wenige Monate nach einer ersten Cur, der zweite 2 Jahr nach einer zweiten. Bei allen übrigen Pat. sah Verf. theils ständige, theils längere oder kürzere Zeit anhaltende Besserungen eintreten. Die Behandlung besteht in mässig warmen Bädern, deren Dauer man allmälig, aber langsam verlängert. Die oft auftretenden Anfälle nach den ersten Bädern brauchen nicht zu beunruhigen; sie verlieren sich bald ganz.

Sainsbury (36) ergeht sich über das venöse Geräusch an der Herzspitze, das man häufig, namentlich bei Kindern zu hören bekommt, und das von practischer Wichtigkeit ist. Es kommt in ca. $33^1/_3$ pCt. bei Kindern vor. Das Geräusch ist hörbar längs des rechten Sternalrandes bis zum zweiten resp. dritten Rippenknorpel, es ist continuirlich, summend und zeigt systolische und diastolische Verstärkungen, entsprechend den Herzcontractionen. Von der grössten Wichtigkeit nach Ansicht des Verf.'s ist dies venöse Geräusch, wenn es an der Herzbasis hörbar ist und mit den Herztönen synchron. Die Diagnose der venösen Geräusche beruht auf ihrem continuirlichen summenden Character und ist sehr leicht zu stellen, falls nicht der Character durch Zufälligkeiten verdeckt wird, wie es öfters an der Basis des Herzens der Fall ist. An der Herzbasis erscheint das venöse Geräusch als ein diastolisches Geräusch, combinirt mit dem zweiten Ton und täuscht eine Aortenregurgitation vor. In wenigen Fällen ist es links lauter. Wird die Vena jugularis sinistra comprimirt, so ist das Geräusch accentuirter.

Rochester (37) theilt 2 Fälle von intrathoracalen Tumoren mit. Der erste betrifft einen 79 jährig. Mann mit Tabes dorsalis. Dyspnoe, Cyanose, Oedeme, Emphysem, Bronchitis. Leichte systolische Erschütterung der Herzbasis, Herzspitze im fünften Intercostalraum, Herzdämpfung leicht vergrössert. Ueber der Herzspitze ein leichtes Geräusch, diastolisch begrenzt. Der zweite Herzton verstärkt. Ueber der Aorta ein laut blasendes Geräusch, das den zweiten Ton begleitet, und nach links sich fortpflanzt. Das systolische Geräusch war am deutlichsten am inneren Ende der Clavicula, es pflanzte sich in die Carotiden fort. Tief im rechten Supraclavicularium war Pulsation fühlbar. Der Puls war unregelmässig, 50 in der Minute. Diagnose: Emphysem, Oedem und vielleicht Flüssigkeit in den Pleurahöhlen; Hypertrophie und Dilatation des Herzens, mit Rauhigkeit der Mitralklappe und leichter Insufficienz der Aortenklappe; Aneurysma der Aorta ascendens und des Arcus, der Anonyma und der Carotis und Subclavia der linken Seite, beträchtliche Verkalkung der Gefässe. Die Section bestätigte im Allgemeinen die Diagnose. Der zweite Fall betrifft einen bis dahin gesunden Mann, der von der Lebensversicherung abgelehnt wurde. Die Gefässe verdickt, Pulsspannug erhöht, keine Schmerzen, Athmung etwas erschwert. Systolisches Geräusch über der ganzen Brust und in der Achselhöhle, links lauter als rechts, hinten schwächer hörbar, vom zweiten Rückenwirbel an hörbar; an den Subclaviae, Axillares, Radiales hörbar, ebenso an der Aorta abdominalis, schwach an der Iliaca und Femoralis. Im zweiten und dritten Intercostalraum und an der dritten Rippe war das Geräusch am lautesten und vom ersten Ton schwer zu trennen. Wahrscheinlich handelt es sich um ein Aneurysma, das in der Gegend der Pulmonalarterie, des Arcus aortae, des linken Herzohrs und des linken Bronchus gelagert ist.

Thorne (38) theilt mehrere Fälle von chronischen Herzkrankheiten mit, die nach der Schott'sche Methode behandelt wurden. In jedem seiner Fälle zeigte sich Besserung des Pulses und Verminderung der Herzvergrösserung. Verf. veröffentlicht die sphygmographischen Curven, aus denen die Besserung des Pulses deutlich ersichtlich. Wo alle Medicamente versagten, hat Verf. sehr gute Erfolge mit der Schott'schen Methode gesehen. Es ist nach seiner Ansicht nicht nothwendig, sich in Nauheim selbst der Cur zu unterziehen, sondern auch anderswo lässt sich die Cur befriedigend durchführen.

Lindsay Steven (39) theilt einen Fall eines Mediastinaltumors mit, der die linke Lungenwurzel mit eingeschlossen hatte und der während des Lebens nicht erkannt wurde. Die 45jährige Dame klagte über Dyspnoe, Husten. Puls 120. Spitzenstoss nicht nachweisbar. Athemgeräusche schwach hörbar. Albumen in Spuren. Die Hustenanfälle nahmen immer mehr zu, namentlich Nachts, ebenso die Dyspnoe. Fieber. Pat. magerte ab, links hinten unten zeigte sich eine beträchtliche Dämpfung. Das respiratorische Geräusch wurde schwächer, das Fieber nahm einen remittirenden Character an, Abends 2° höher. Strychnin- Strophantusinjectionen ohne Erfolg; ebenso eine Venaesection. Bald darauf Exitus. Diagnose war auf Bronchitis, Bronchopneumonie tuberculösen Ursprungs gestellt werden. Bei der Section zeigte sich ein das ganze Mediastinum bis zur linken Lunge einnehmender Tumor. Die Bifurcation der Trachea und der Arcus aortae war mit eingeschlossen in den Tumor, ebenso der Haupt-Bronchus und der Stamm der Art. pulmonalis. In der Substanz der verdickten Pleura der linken Lunge zeigte sich ein secundärer Knoten. Der Tumor drückte auf das Pericardium. Der Unterlappen der linken Lunge war fest, consolidirt, und zeigte beginnende Gangrän. Der linke Bronchus wurde von dem Tumor ganz umschlossen. Fettige Herzdegeneration. Die Geschwulst machte macroscopisch den Eindruck eines Lymphosarcoms, was microscopisch bestätigt wurde. Die Mediastinaltumoren zeigen meist diesen Character. Wichtig für die Diagnose dieser Tumoren sind 1) Vergrösserung

der Drüsen unter der Clavicula und im Nacken, 2) die Entwickelung von secundären Knoten, 3) Asthmaanfälle und Lähmung der Stimmbänder, 4) locales Oedem und locale Venenschwellungen. Alles dieses mit einziger Ausnahme der spastischen Dyspnoe fehlte in dem vom Verf. mitgetheilten Fall, woraus die Schwierigkeit der Diagnose zu ersehen.

Unter 100 Fällen von Herzkrankheiten, die nach den Sectionsprotocollen von Jackson (40) gesammelt sind, befinden sich 34 Klappenerkrankungen, 4 Klappenerkrankungen mit adhärentem Pericard, 1 Pericard-Adhärenz ohne Klappenerkrankung, 32 Erkrankungen der Coronararterien und Arteriosclerose, 16 fettige und acute Degeneration des Myocards, 5 Nierenerkrankungen, 4 chronische Lungenerkrankungen und 4 Erkrankungen des Myocards. Verf. fügt eine Gewichtstabelle der Herzen an. Das grösste Herz wurde bei den adhärenten Pericarditiden gefunden. Unter den Klappenerkrankungen befinden sich 17 Fälle von Aorten- und Mitralerkrankungen, 13 Fälle von Mitralerkrankungen allein, 2 Fälle von Mitral-, Aorten- und Tricuspidalerkrankungen, 5 Fälle von Aortenerkrankungen allein, 1 Fall von Pulmonalklappenerkrankung allein. Der letzte Fall betrifft eine acute ulcerative Endocarditis. Unter 26 Fällen von Klappenerkrankungen war 9 mal Gelenkrheumatismus nachweisbar, 2 mal chronische Nephritis und 4 mal Arteriosclerose mittleren Grades. Alcoholmissbrauch war in sehr viel Fällen nachweisbar. In 16 Fällen fand sich Albuminurie.

Herschell (41) veröffentlicht kritische Betrachtungen über die in Nauheim von Schott ausgeübte Behandlung von Herzkranken. Er theilt 4 von ihm beobachtete Fälle mit, die Bäder wurden in verschiedener Weise angewandt, doch ohne einen guten Erfolg zu sehen. Weder die Mineralien noch die verschiedenen Temperaturen konnten einen Einfluss ausüben. Was die Bewegungen und die Widerstandsübungen betrifft, so kann Verf. noch nicht ein endgültiges Urtheil über sie fällen. Doch sind seiner Ansicht nach nur die Fälle geheilt, die entweder keine Klappenerkrankungen waren, oder die überhaupt nicht mit Widerstandsgymnastik behandelt worden sind. Jedenfalls spricht er sich überaus skeptisch über die Nauheim'sche Methode aus. Die Neurastheniker mit functionellen Herzerkrankungen könnten noch am ersten gewissermaassen durch Suggestion dort geheilt werden; auch durch Luxusconsumption hervorgerufene Herzdilatation könnte nach Ansicht des Verf.'s in Nauheim geheilt werden. Oft gehen Kranke dorthin, die garnicht herzkrank sind oder deren Herzfehler vollständig compensirt sind und die dann ihr gutes Befinden nach ihrer Rückkehr dem Aufenthalt in Nauheim zuschreiben. Verf. warnt direct vor der unüberlegten Anwendung der Schott'schen Methode.

In der Harvey-Gesellschaft von London (42) wurde über Nauheim und die Schott'sche Behandlung von Herzkrankheiten ausführlich discutirt und Bowles, Thorne, Cagney u. A. theilten Fälle ihrer Praxis mit, bei denen sie dieselbe Methode angewandt haben.

Kingscote (43) hat 15 Monate hindurch die Schott'sche Behandlung von chronischen Herzkrankheiten ausgeübt und veröffentlicht nunmehr seine gewonnenen Resultate. Die Widerstandsbehandlung hebt den Blutdruck, Dilatationen gehen während derselben sichtbar zurück, wennschon die Wirkung in jedem Fall verschieden gross war.

Durch die in Nauheim geübte Bademethode zwingt man nach Gräupner (44) das Herz vermittelst des gesteigerten Kältereizes und der grösseren Concentration der Chloride, gegen erhöhte periphere Widerstände anzukämpfen. (Gymnastik des Herzens auf balneologischem Wege.) Verf. sucht durch ausführliche Darlegungen und Hinweise auf v. Basch'sche Thierexperimente verständlich zu machen, wie die richtig geleitete Balneotherapie insbesondere dann bei Kreislaufsstörungen nützlich werden kann, wenn dieselben durch allzuhohe Spannung der Gefässwände bedingt werden, also bei secundärer Insufficienz des Herzmuskels. Der Vorzug dieser bestimmten Art Balneotherapie im CO_2-Soolbad liegt darin, dass es gelingt, die Reibungswiderstände herabzusetzen, während gleichzeitig die Herzaction durch den Vagusreiz retardirt und tonisirt wird. Aus allem vom Verf. Gesagten ergiebt sich, dass bei einer rationellen Balneotherapie zwei verschiedene Wege sich eröffnen, um die Circulationsorgane zu beeinflussen. Entweder erstrebt man das Herz dadurch zu kräftigen, dass wir seinen Tonus erhöhen und dass wir demselben Gelegenheit geben, durch Ueberwindung allmälig wachsender Gefässspannungen seine Spannkräfte heranzubilden und contractile Substanz anzusetzen, oder wir erleichtern die Herzarbeit durch Herabsetzung der Widerstände, in der Absicht, das Herz vor einem frühzeitigen Verbrauch seiner Spannkräfte zu bewahren. Eine rein schematische Balneotherapie in dem Sinne, dass dieselbe Behandlungsmethode für jegliche Art der dynamischen Strömungen des Kreislaufs passen sollte, ist nach Ansicht des Verf.'s irrationell und muss in letzter Linie zu fatalen Consequenzen führen.

Wegen der verschiedenen Bedingungen, unter denen das „bruit de galop“ erscheint, und wegen der Verschiedenheit der Charactere, mit denen er auftreten kann, nimmt er nach Fisser (45) unter allen physicalischen Zeichen eine hervorragende Stellung ein. Was das Interesse an diesem Phänomen noch erhöht, ist der Umstand, dass man absolut nichts über die Ursache desselben weiss. Es stellt sich ein, wenn das Herz durch toxische Gifte und Diphtherie oder Typhus geschwächt ist, bei dilatirtem Herzen infolge von interstitieller Nephritis, Arteriosclerose, excessivem Alcoholmissbrauch oder Ueberanstrengung und bei schweren Fällen von Anämie. Bei allen diesen Fällen handelt es sich um Schwächung des Herzmuskels. Wegen seiner Aehnlichkeit mit einem gewöhnlichen ersten Herzton hat man geglaubt, dass das „bruit de galop“ an eine asynchronische Action der beiden Ventrikel gebunden ist, mit anderen Worten, man hat es als Theil eines verdoppelten ersten Tons aufgefasst. Auf Grund eingehender Beobachtungen kommt F. zu dem Schluss, dass dieser dritte Ton wahrscheinlich dann auftritt, wenn der linke Ventrikel oder beide Ventrikel oder bis-

weilen auch der rechte Ventrikel mehr als normal während der Diastole ausgedehnt wird. In Fällen von Herzhypertrophie mit Klappenerkrankung hat Verf. das „bruit de galop“ auftreten und wieder verschwinden gesehen ohne die geringste Beeinflussung des Allgemeinbefindens, in anderen Fällen hat es Wochen und Monate hindurch angehalten, bis zum Eintritt des Todes, und in einem Falle war es das einzige abnorme Symptom bis zum Tode, bei einem Patienten, dessen Haupterkrankung gar keine so schwere war. Der Umstand, dass das „bruit de galop“ in manchen Fällen nur vorübergehend auftritt und ohne grosse ernstliche Besorgniss zu erregen, in anderen Fällen constant bleibt und mehr zu fürchten ist als die diastolischen Aortengeräusche, muss diesem Symptom einen wichtigen Platz unter den abnormen Herzgeräuschen einräumen.

Brockbank (47) theilt seine Erfahrungen über die Verdoppelung des ersten Herztons und die Ursachen derselben mit. Nach ihm kommt dies Phänomen in denjenigen Fällen zur Beobachtung, in denen es sich entweder um ein schwaches Herz handelt, wie bei Anämie, Herzdilatation etc., oder in den Fällen, in denen relative Herzschwäche vorliegt, bei verstärktem Blutdruck bei der Bright'schen Krankheit. Die Gründe, die für die Verdoppelung des ersten Herztons angegeben werden, die aber sämmtlich dem Verf. nicht genügen, sind folgende: 1. nicht synchronischer Schluss der Mitral- und Tricuspidalklappe (Potain, Barr); 2. nicht synchrone Spannung der Zipfel der Mitral- und Tricuspidalklappen (Guttmann): 3. Entstehen des ersten Tons durch die Muskelcontraction und Klappenspannung (Heyden); 4. als Contrecoup der Herzspitze infolge der Spannung der Auricular- und Ventricularklappen; 5. durch schnelles Folgen der Auricular- und Ventricularsystole entstanden. Die Ansicht des Verf.'s geht nun dahin, dass der doppelte erste Herzton hervorgerufen wird durch das Fehlen von Papillarmuskeln. An der Stelle, wo die Papillarmuskeln fehlen, weichen die Zipfel der Auriculo-Ventricularklappe zurück und verursachen durch die plötzliche Spannung der Klappenzipfel und der Chordae tendineae einen Ton. Dieser abnorme Ton stellt den zweiten Theil des verdoppelten ersten Tons dar, der erste Theil wird in normaler Weise, wie der erste Herzton immer, hervorgerufen. Dieses Fehlen der Papillarmuskeln kann den linken oder rechten Ventrikel betreffen und an einer oder beiden Klappen statthaben. Die Intensität des ersten Theils des verdoppelten ersten Tons hängt nach Verf. ab: 1. von dem Umstand, ob die Stelle, wo die Papillarmuskeln fehlen, mehr oder weniger jäh gegen den übrigen Theil abfällt; je jäher der Abfall, desto intensiver ist der Ton; 2. ob die Papillarmuskeln an einem oder beiden Ventrikeln ergriffen sind.

Thomson (48) theilt seine Erfahrungen über die praktische Anwendung der Röntgen-Strahlen bei Herzkrankheiten und Erkrankungen der grossen Gefässe mit. Er führt einen selbst beobachteten Fall an, bei dem durch Zuhilfenahme der Röntgen-Strahlen die Stellung der Diagnose ermöglicht wurde. Es lag Verdacht auf ein Aneurysma nach der physicalischen Untersuchung vor, doch konnte mit Sicherheit keine Diagnose gestellt werden. Die Untersuchung mit X-Strahlen ergab leichte Hypertrophie des Herzens; links vom Herzen sah man von vorn gesehen einen leichten unbestimmten Schatten, der keinen festen Anhaltspunkt ergab. Von hinten erschien gerade über dem Herzschatten ein sehr deutlich markirter Schatten zu beiden Seiten der Wirbelsäule in der Höhe des 4. Lendenwirbels. Rechts war die Grenze dieses Schattens convex und man sah deutlich Pulsationen, deren Intensität fast so stark wie die des Herzens waren. An der linken Seite war der Schatten schwach und seine Ränder markirten sich nicht so deutlich. Dieser Befund bestärkte den physicalischen Befund und die Diagnose: Aortenaneurysma. die bis dahin noch zweifelhaft war, wurde hierdurch vollkommen sicher. Der Tumor ging höchst wahrscheinlich von der Aorta descendens aus. — Zwei andere Fälle von Aortenaneurysma, die Verf. gleichfalls mit Röntgenstrahlen untersuchte, ergaben dasselbe Resultat.

Russell (49) theilt einige Bemerkungen über die Indicationen und Grenzen der Anwendbarkeit einiger therapeutischen Mittel bei Herzkrankheiten mit. Bei Aortenstenose empfiehlt Verf. bei einem Puls von 60—70 Schlägen Digitalis, ist der Puls 70—80, so hat R. von Belladonna gute Erfolge gesehen, doch muss man in der Anwendung derselben sehr vorsichtig sein, da die Arterienspannung leicht nachlässt. Seine Wirksamkeit beruht darauf, dass es die Herzthätigkeit anregt, aber im Uebermaass gegeben, lässt der arterielle Spasmus sehr leicht nach, was bei Aortenerkrankungen von grösster Wichtigkeit ist. Bei starkem Spasmus, der sich durch Anämie bemerkbar macht, ist nach Verf. Digitalis contraindicirt. Strophantus übt keinen Einfluss aus auf die Muscularis der Arterien. Kleine Dosen von Digitalis sind bei Aorteninsufficienz nicht schädlich, doch lässt sich derselbe Erfolg, den man mit seiner Darreichung haben kann, auch mit Eisen oder Strychnin oder Arsen erreichen. Bei Mitralaffectionen sind die Bedingungen ziemlich dieselben für die Anwendbarkeit der therapeutischen Mittel wie bei Aortenerkrankungen. Bei beschleunigter Herzaction wirkt Digitalis ausserordentlich gut, ist sie nicht beschleunigt, so ist Eisen und Strychnin mehr zu empfehlen. Bei dilatirtem und schlaffem Herzen, bei Fettherz, bei unregelmässigem und intermittirendem Puls thut Digitalis in kleinen Dosen oft Wunder, namentlich in Verbindung mit Eisen und Strychnin. Das Mittel kann dann längere Zeit hindurch ohne alle Schädlichkeiten gegeben werden. Ebenso ausgezeichnet ist die Wirkung von Digitalis bei acuten fieberhaften Krankheiten, bei Pneumonie, acutem Alcoholismus mit schwachem Herzen und schwachem Puls und bei Dyspnoe und Angina pectoris im Gefolge von Herzkrankheiten.

In der Veröffentlichung seiner mit der physicalischen und Schott'schen Behandlung von chronischen Herzkrankheiten gemachten Erfahrungen theilt Heinemann (51) 12 selbst beobachtete Fälle mit, bei denen er mit dieser Behandlungsmethode gute Resultate erzielt hat. Er ergeht sich des Weiteren über die in Nauheim geübte Bäderbehandlung, ihre Anwendungsweise und ihre

physiologische Wirkung, sodann über die Widerstandsgymnastik, über ihre physiologische Wirkung und über die combinirte Anwendung von Mineralbädern und Widerstandsgymnastik. Indicirt ist nach ihm die Anwendung dieser Methode bei allen Circulationsstörungen, allen Herzkrankheiten mit oder ohne Klappenfehler und besonders bei Compensationsstörungen, Angina pectoris und Haemophilie, ebenso bei angeborenen Herzfehlern. Gewöhnliche Complicationen, wie Oedem, Anasarea, Hydrothorax, Hydropericard und mässige chronische Nierencongestion geben keine Contraindication ab. Contraindicirt ist die Schott'sche Behandlung nur bei schweren Complicationen, wie Lungeninfarcte, und sehr grosser Schwächezustand, Arteriosclerose im ersten Stadium, Aortenaneurysma im zweiten und dritten Stadium, acute und chronische Bright'sche Krankheit.

Thomson (52) hebt besonders hervor, was ja allbekannt, dass die meisten Herzaffectionen durch Rheumatismus verursacht sind. Prophylactisch sind daher die ersten Anfänge von Rheumatismus energisch zu bekämpfen, hierher gehört auch nach Ansicht des Verf.'s die häufige Anfälligkeit mit Tonsillitiden, gegen die sofort mit Gurgelwässern etc. vorgegangen werden soll. Bei Herzkrankheiten ist es aber von Wichtigkeit, öfters den Puls zu fühlen, da beschleunigter Puls oftmals eine drohende Verschlimmerung des Zustandes anzeigt, und Bettruhe dann sofort anzurathen ist. Bisweilen reicht strenge Ruhe allein nicht aus und man muss noch zu Aconit und dergl. greifen.

Auch Digitalis ist öfters nicht im Stande, den Puls zu heben, wo Aconit noch Hilfe bringt.

Rauchern muss das Rauchen dringend untersagt werden.

Bei Mitralstenose verbunden mit Athmennothanfällen hat Verf. Belladonna mit Schwefeläther als bestes Mittel erprobt. Die bei Herzkranken so leicht sich einstellende Anämie muss mit allen zu Gebote stehenden Mitteln bekämpft werden; sehr gut wirkt nach Verf. Leberthran mit Arsenik. Bei secundären Affectionen ist frische Luft äusserst wirksam, daher sind mässige Bergtouren, durch welche die Respiration gestärkt wird, sehr anzuempfehlen; desgleichen Massage und gymnastische Uebungen. Unter den symptomatischen Herzmitteln ist Digitalis das allerbeste, dessen Wirkung häufig durch die Anwendung von Nitroglycerin erhöht und unterstützt wird. Wegen der cumulirenden Wirkung der Digitalis muss man mit der Anwendung derselben sehr vorsichtig sein. Als sehr gut anwendbar empfiehlt Verf. Digitalis, Nux vomica und Strophantus zu gleichen Theilen, 20—30 Tropfen 3 mal täglich, besonders bei Aorteninsufficienz und Mitralstenose. Bei allen Herzerkrankungen mit Nierenaffection u. excessivem Hydrops ist Milchdiät unbedingt anzuempfehlen. Ein mächtiges Stimulans ist auch Opium, bei nächtlichen starken Dyspnoeanfällen ist Chloralhydrat nicht zu entbehren.

Ueber die Wichtigkeit der Palpation des Herzens und neue Aufschlüsse, welche dieselbe liefert, äussert sich Bard (53). Er palpirt das Organ mit der vollen Hand, den Daumen auf die Spitzengegend gelegt, die Finger sollen eine möglichst grosse Partie der Präcordialgegend umfassen, doch darf kein Druck auf die Thoraxwand ausgeübt werden. Mit einiger Uebung lernt sich diese Methode der Herzuntersuchung schnell. Die Aufschlüsse, welche eine derartige Palpation liefert, sind von verschiedener Art: einmal gestatten sie die physiologischen Vorgänge im Herzen abzuschätzen, den Character der Contractionen zu bestimmen, und sodann kann man durch sie sich ein klares Bild von der Beschaffenheit der Wände, Höhlen und Klappen des Herzens verschaffen. Die Klappenspannung ruft eine Vibration hervor, die deutlich fühlbar ist, ebenso verursacht der Spitzenstoss und die Contractionen der Ventrikel Erschütterungen, die der aufgelegten Hand bemerkbar werden. Friedheim hat schon auf die diastolische Vibration der Valvulae sigmoideae hingewiesen und analog mit ihnen sind die Vibrationen der Mitralklappen an der Herzspitze und der Tricuspidalis im Epigastrium. Was die Erschütterungen der Brustwand betrifft, so hat schon Duroziez darauf hingewiesen, dass sie nicht nur der Herzspitze zukommen, sondern dass sie theilweise auch Choc des Herzens selbst sind. Bei Asystolie des rechten Herzens in Folge Pulmonalerkrankungen fühlt man durch Palpation mit der vollen Hand die Dilatation u. Hypertrophie des rechten Herzens. Die Palpation gestattet auch die Hypertrophie beider Ventrikel deutlich zu erkennen, ebenso auch die Hypertrophie des linken Ventrikels. Nach Verf. kann man Aorteninsufficienz durch die blosse Palpation diagnosticiren, fast immer ebenso gut und oft noch bedeutend besser als durch die Auscultation. Der Spitzenstoss wechselt dann seinen Character, bald ist er verbreitet, bald wieder ganz circumscript, man hat das Gefühl einer Kugel unter den Fingern, die bald härter wird, bald wieder erschlafft. Verf. belegt diesen besonderen Character des Spitzenstosses bei Aorteninsufficienz mit dem Ausdruck des „Choc en dôme."

Enebuske (56) giebt als Indicationen für die Herzgymnastik bei Herzkrankheiten folgende an: 1. wenn es sich darum handelt, die Stärke der Systole des Herzens zu vermehren; 2. um die venöse Hyperämie der Unterleibsorgane zu verringern; 3. um die venöse Hyperämie der Lungen herabzusetzen; 4. um hydropische Erscheinungen zum Schwinden zu bringen. Die gymnastischen Uebungen sollen erstens die Wirkung der Hilfskräfte der Circulation erhöhen und zweitens das Herz selbst stärken und anregen. Verf. giebt sodann genau die einzelnen Arten der Massage an, die geeignet sind, die erste oder zweite Wirkung hervorzurufen.

Ueber Autointoxication bei Herzkranken und ihre Beziehungen zur Schott'schen Behandlungsmethode äussert Bezly Thorne (57) seine Ansicht folgendermassen. Die hauptsächlichsten Factoren, welche bei einer Autointoxication in Frage kommen könnten, sind catarrhalische Erkrankung des Digestionsapparates, Entwicklung von Bacterien, welche faulige Veränderungen und Hyperacidität hervorrufen; das Eindringen von Toxinen aus dem Gastrointestinaltractus in den Blutstrom und consecutive, functionelle und organische Veränderungen des Herzens und der grösseren Blutgefässe. Die Therapie

muss also bei dem Punkt eingreifen, dass die Excremente schleunigst aus dem Körper entfernt werden, bevor die in ihnen enthaltenen Toxine Zeit gewinnen, ihre verderbliche Wirkung auszuüben. Unter diesen Mitteln steht Bismuth und seine Präparate in erster Reihe, Verf. hebt noch die antibacteriellen und antiseptischen Eigenschaften der Salicylpräparate besonders hervor.

Ueber die Physiologie der Wirkung der Thermal-Bäder und der Widerstandsgymnastik bei der Behandlung der chronischen Herzkrankheiten ergeht sich Leith (58) des Weiteren. Was die subjectiven Empfindungen bei den Bädern betrifft, so haben die Pat., so lange sie im warmen Bade sitzen, anfangs ein Kältegefühl, dann wird ihnen wärmer, und diese Wärme nimmt zu, je länger das Bad dauert. Nach und nach ist der Pat. fähig, allmälig immer kältere Temperaturen zu nehmen, bis er zuletzt sehr kühle Bäder verträgt. Ferner stellt sich anfangs ein Beklemmungsgefühl in der Brust ein. Das Schlafbedürfniss wird verstärkt. Unangenehme Empfindungen, wie Herzklopfen, Athemnoth etc. verschwinden. Objectiv wird Folgendes beobachtet: Der Puls nimmt an Völle zu, an Zahl ab, 6—10 Schläge in der Minute Abnahme ist Durchschnitt; die Athemfrequenz nimmt ab. Das Volumen des Herzens verringert sich bedeutend, was man durch Inspection, Palpation und Auscultation nachweisen kann. Eine Abnahme der Herzdämpfung um $^3/_4$ Zoll ist ganz gewöhnlich, oft beträgt sie einen Zoll und noch mehr. Verf. bespricht darauf die einzelnen Herzkrankheiten, erst Fälle von functionellen Erkrankungen des Herzens nach Influenza, nach Ueberanstrengungen, bei Herzneurosen, bei Anämie etc., sodann die Fälle von organischen Erkrankungen, die Klappenerkrankungen und angeborenen Herzkrankheiten; drittens die Fälle von einfacher Angina pectoris. — Bei den Bädern wirken 3 Factoren gleichzeitig, die Temperatur, die Salze und die CO_2 stimulirend auf das Herz; die Athmung wird langsamer und tiefer. Nach Winternitz nehmen nach kalten Bädern die rothen und weissen Blutkörperchen zu, der Haemoglobingehalt um ca. 14 pCt. Warme Bäder haben entgegengesetzte Wirkung. Die Hauptwirkung macht sich 1—2 Stunden nach dem Bade bemerkbar. Die physiologische Wirkung der Widerstandsgymnastik ist leichter zu erklären als die der Bäder, da ihre Wirkungsweise nicht so complicirt ist.

Der von Coggeshall (61) mitgetheilte Fall ist dadurch bemerkenswerth, dass die Krankheitserscheinungen zu einer ganz irrigen Diagnose führen konnten. Ein hoher kräftiger, 33 jähriger Mann, Lehrer, Schriftsteller und eifriger Turner, der seit zehn Jahren nie einen Arzt benöthigt hatte und von zwei Versicherungsgesellschaften anstandslos aufgenommen war, war auch seinem Arzte seit Jahren als vollkommen gesund bekannt. Als Kind hatte er 2 mal Pneumonie und Scharlach überstanden, später trank und rauchte er sehr viel, und litt auch 2 mal an gonorrhoischer Arthritis. Mit 21 Jahren litt er an Schanker und machte eine längere Syphilisbehandlung durch, ohne dass sich je secundäre Erscheinungen gezeigt hätten.

Dann wurde seine Lebensweise sehr mässig, er heirathete, seine Frau hatte einmal geboren, das Kind war aber schon abgestorben. Die letzten Jahre war er Temperenzler, nur rauchte etwa 2 bis 3 Cigarren die Woche, kaute aber Tabak und schluckte allen Saft hinunter. Sowohl geistig wie körperlich arbeitete er sehr angestrengt und reichlichen Aerger und Sorgen verscheuchte er, indem er manche Nacht bis zum frühen Morgen studirte. Dann stellten sich Beschwerden von Angina pectoris ein, häufige Schmerzen in der linken Brustseite. Sein Vater und ein anderer Verwandter hatten Selbstmord begangen wegen locomotorischer Ataxie. Einige Wochen vor der Behandlung durch G. hatte er jeden Abend Fiebergefühl, seit Monaten Anorexie, Brechreiz bei dem Anblick von Speisen und Erbrechen, kurz nachdem er feste Nahrung genossen. Verdünnte Milch, zuweilen etwas Brot und Beef-tea behielt er bei sich. Keine Kurzathmigkeit, aber Schmerzen in der linken Brust bei Bewegungen, Husten ohne jeden Auswurf, keine Nachtschweisse, Gewichtsabnahme.

Bei der ersten Untersuchung bestand leichtes Fieber, Puls 65, regelmässig und in jeder Beziehung normal. Schleimhäute und Zunge blass. Ueber der linken Lunge Percussions- und Athmungsgeräusch etwas schwächer als rechts. Tiefe Athmung verursachte Schmerzen, dabei blieb die linke Thoraxseite beträchtlich zurück. Spitzenstoss in V.-J.-C.-R. in der Mammillarlinie. Herztöne rein, nur, besonders im III. J.-C.-R. links am Sternum der erste Ton leicht rauh. Urin enthielt etwas Eiweiss, specifisches Gewicht 1015—1020. Die Behandlung richtete sich gegen die Magen- und Hustenbeschwerden, aber der Patient liess sich nicht weiter behandeln und setzte seine angestrengte Thätigkeit fort. Bald darauf erkältete er sich auf einer Reise, alle Beschwerden nahmen zu und bei einer Turnübung entstanden heftige Schmerzen in der Gegend des Herzens, für einige Minuten verlor er die Sprache und der Puls war kaum zu fühlen. Dann fühlte er sich immer elender, er blieb zu Hause. Plötzlich, während er auf dem Sopha schlief, fiel er unter Zuckungen zur Erde, und blieb einige Zeit bewusstlos liegen; der Puls war gar nicht zu fühlen, so dass er für todt gehalten wurde. Nach einigen Stunden kehrte aber das Bewusstsein zurück, hinterher fühlte er sich zwar noch etwas schwach, hielt aber die nächsten Tage sein Befinden für besser als je. Derartige Anfälle wiederholten sich aber in den nächsten Tagen häufiger; bei einem genau beobachteten war das Gesicht blass und etwas cyanotisch, Athmung 42 in der Minute, Puls schwach, unregelmässig, 15—20 in der Minute. Spitzenstoss nicht zu fühlen, Herzdämpfung über die Mamillarlinie hinaus; ein so lautes Geräusch über der ganzen Herzgegend, wie es C. niemals begegnet war. Das Bewusstsein war völlig klar, doch war der Patient so schwach, dass er nur leise flüstern konnte; er klagte über Schmerzen, als wenn ein grosses Gewicht das Herz zusammenpresste. Solche Anfälle kehrten dann in Zwischenräumen von Stunden wieder, zeitweise wurden Urin und Koth dabei unwillkürlich entleert, der Puls war oft nur 15 bis 16, Cheyne-Stokes Athmung in kurzen Cyclen, die

etwa eine Minute anhielten, 40 Athemzüge. Dementsprechend bemerkte man, während der Viertelminute, wenn die Athemzüge sehr tief waren, einen Herzschlag, sieben bis acht Secunden vorher und nachher war gar keine Herzaction wahrzunehmen. Schliesslich trat während eines solchen Anfalles der Tod ein. Zuerst glaubte C., dass es sich um eine ausgedehnte Thrombose des rechten Ventrikels handele, als aber der Tod nicht eintrat, und zeitweise sogar zwischen den Anfällen eine leichte Besserung einzutreten schien, wurde an eine Hirnaffection gedacht, während nur vorübergehend Uraemie und Syphilis in Betracht gezogen wurden. Die Convulsionen zeigten den Character von sogenannter cardialer Epilepsie, in Folge von cerebraler Anaemie, die wiederum durch nervöse Bradycardie hervorgerufen zu sein schien. Die Section, die im Näheren nicht mitgetheilt ist, wurde von Whitney ausgeführt und ergab syphilitische Veränderungen des Herzens.

An der Hand eines ausführlich mitgetheilten Falles geht Elsner (62) eine Reihe von Symptomen durch, die, wenn auch anscheinend nur gering, dennoch auf eine schwere Erkrankung des Herzens hindeuten können. Es giebt eben noch eine grosse Reihe anderer Fehler, als Insufficienz oder Stenose der Klappen, nämlich die verschiedenerlei Erkrankungen des Myocards, der Coronar-Arterien, Hypertrophie und Dilatation der Ventrikel. Wenn plötzliche Erscheinungen die Aufmerksamkeit des Kranken erregen, wird eine sorgfältige Anamnese meistens zeigen, dass schon seit längerer Zeit Störungen der Herzthätigkeit vorhanden gewesen sind, und anscheinend geringe Symptome dürfen nicht den Arzt bestimmen, das Leiden zu leicht aufzufassen. — Ein 46jähriger Kaufmann, gut genährt, von sehr starker Musculatur, mässiger Raucher, der eine ausserordentlich regelmässige und solide Lebensweise beobachtete, hereditär nicht belastet und in der Jugend nur einmal an einem kleinen Ulcus am Penis, ohne Folgeerscheinungen erkrankt, überstand 1888 einige leichte Anfälle von Muskelrheumatismus. Später verspürte er häufig nach dem Essen ein Gefühl des Unbehagens in der Herzgegend, besonders jedesmal nach einer sehr reichlichen Mahlzeit. Später kam dazu Kurzathmigkeit, stärker, wenn er sofort den eine halbe Meile langen Weg nach dem Geschäft antrat. Dann hatte er auch ein Schwächegefühl im linken Arm, Schmerzgefühl in der linken Schulter; blieb er einige Minuten stehen, so verschwanden diese Beschwerden. Im Laufe der Zeit nahmen die Erscheinungen zu, bis er eines Tages nach einem mässigen Mittagessen auf dem Wege zum Geschäft von einem Angina-Anfalle betroffen wurde. Bei einer nachfolgenden Untersuchung konnte nur eine leichte Magenerweiterung, am Herzen aber nichts Pathologisches gefunden werden. Nur nach langer heftiger Bewegung erschienen die Herztöne etwas entfernt, undeutlich, oder, wie Nothnagel sagt, embryonal, der Puls stieg von 70 auf 90. Nichtsdestoweniger wurde die Diagnose auf myocardiale Degeneration gestellt, auf specifischer Basis, und beruhend auf Arteritis der Kranzarterien oder ihrer Verzweigungen. Jede Therapie war wirkungslos. Nach jedem reichlicheren Male, beim Gehen, oder wenn der Mann in irgend einer Weise sich anstrengte, geistig oder körperlich, traten die Erscheinungen auf. Einmal konnte innerhalb zweier Wochen eine deutliche Vergrösserung der linken Herzdämpfung wahrgenommen werden, ebenso deutlich aber nach einiger Zeit, dass sie verschwunden war. Eine Reihe von Consiliarien konnten sich nicht entschliessen, den Fall krass anzusehen und schoben zum Theil die Erscheinungen lediglich auf die Magenectasie. Aber auch dahingehende Behandlung war erfolglos. Eines Tages trat dann plötzlich wieder ein heftiger Anfall von Angina pectoris auf; hinterher war der Puls kaum wahrnehmbar, arythmisch, 120 und mehr in der Minute, das Herz nach allen Richtungen vergrössert, Aortentöne nicht zu hören, die anderen embryonal und undeutlich. Keine Geräusche. Extremitäten kalt, Gesicht aschfahl, Lippen blau, Urin spärlich und eiweissfrei. Der Kranke schien in Extremis zu sein, anderen Tags aber ging er aus, bekam indessen eine Woche später einen ähnlichen Anfall, in welchem er starb. Eine Section wurde nicht erlaubt.

Im Anschluss an die Thatsache, dass die grösste Zahl der Opfer, die die Kälte während des Winters 1894/95 in London gefordert hatte, Leute mit Klappenfehlern des Herzens oder ältere Personen mit pathologischen Veränderungen der Herzmusculatur betraf, untersucht Lorand (63) sehr eingehend die Wirkung der Kälte auf ein erkranktes Herz. Die Temperatur irgend eines Theiles der Körperoberfläche ist im wesentlichen abhängig von der Menge sauerstoffreichen Blutes, mit welcher er vom Herzen aus versorgt wird. Je entfernter er von dem Blut und Wärme gebenden Centrum gelegen ist, desto leichter ist er Kälteeinflüssen zugänglich, desto eher wird er unter der Kältewirkung leiden. Anämische junge Mädchen leiden am meisten an Frostbeulen; Zehen, Fingerspitzen, Ohren, Nase alter Leute mit schwacher Circulation werden leichter in Folge starker Frostwirkung brandig. Personen mit vorgeschrittener Mitral-Insufficienz oder Stenose, bei denen die Peripherie mangelhaft mit Blut versorgt wird, haben eine feinere Kälteempfindung und unterliegen leicht einer starken Kältewirkung von kürzerer, oder geringen von längerer Dauer. — Die Wirkung der Kälte zeigt sich als Reiz auf die Peripherie selbst und auf die nervösen Centren, indess ist die letztere nur eine Folge der ersteren. Die durch den Kältereiz bedingte Blutvertheilung im Körper und die Einwirkung auf den nervösen Apparat wird ausführlich wiederholt. — Wenn die Haut der Kältewirkung ausgesetzt ist, haben wir das Gefühl einer Irritation der Haut. Wenn wir einer Person Schmerz von gewisser Stärke zufügen, sehen wir eine Reihe von Symptomen, die eine stärkere Thätigkeit des Herzens in Folge reflectorischer Einwirkung anzeigen. Prügeln wir einen Knaben, so wird das Gesicht roth und fühlt sich heiss an. Werden aber die Schläge lange Zeit hindurch ertheilt, so wird das Gesicht blass, die Körperoberfläche wird kalt. Taylor berichtet, wie ein Mann zwei Stunden lang auf einen Sechszehnjährigen los-

gehauen hatte. Der Tod war die Folge. Bei der Autopsie wurde keine tödtliche Verwundung gefunden, jedoch zeigte sich ein grosser innerlicher Bluterguss, der für das Product einer letalen Syncope gehalten wurde. Wenn die Oberfläche der Haut, dieser grosse Nervenbezirk, längere Zeit eine geringere oder kürzere Zeit einer stärkeren Kälte ausgesetzt wird, so kann durch die Summe der schädlichen Impulse auf die sensorischen Nerven der Körperoberfläche solch' eine nervöse Erschöpfung zu Stande gebracht werden, dass derselbe fatale Erfolg bewirkt wird, solch' eine Person wird an Shock zu Grunde gehen.

Je grösser die Kälte, desto grösser das Kältegefühl, desto grösser auch die mechanischen Hindernisse für die Circulation in der Peripherie — desto grösser der Sauerstoffmangel. Wenn die Irritation der sensorischen Nerven Symptome von Shock veranlasst, wird sich das Blut im Abdomen ansammeln, die Folge ist eine reflectorische Contraction der Gefässe der Peripherie. Ist die Circulation der Peripherie mechanisch gestört, wird weniger Blut zum Herzen befördert, aus demselben Grund hat das Herz einen grösseren Druck zu überwinden. Ist durch die Kältewirkung das Blut sauerstoffarm, wird das respiratorische Centrum irritirt, es entsteht Dyspnoe, wiederum ist das Gleichgewicht der Circulation gestört; das Herz empfängt weniger venöses Blut, aber gleichzeitig sind die Vagi irritirt und ebenso der Splanchnicus. So besteht ein Circulus vitiosus.

Dieberg fand stets bei Tod in Folge von Kälte in Russland die Körperhöhlen voll von Blut. Wirkt starke Kälte kurze Zeit, so erfolgt eine solche Ueberreizung der Nervencentren, dass das Herz plötzlich stille steht und seinen Inhalt nicht auspressen kann. Wirkt geringere Kälte lange Zeit, so findet man die Herzhöhlen leer, gerade wie bei Syncope in Folge excessiver Hämorrhagie; kein Blut kommt zum Herzen, und dieses kann keins zur Medulla schicken.

Therapeutisch ergiebt sich aus den Betrachtungen, dass wir 1. die Ursachen und 2. die Folgen wegräumen müssen. Zum ersteren Zwecke sollen wir die Kranken, die es sich leisten können, nach dem Süden schicken. Geht das nicht, müssen wir sie vor der Kälte schützen durch Anordnung warmer Kleidung und sehr reichlicher Nahrung. Zum Zweiten müssen wir der Circulation aufhelfen und den Symptomen des Shock vorbeugen. Vor Allem sollen wir Strophantus, Arsenik mit Eisen und Strychnin (besonders bei Degenerationszuständen), Coffein etc. geben. Ebenso Alcohol in kleinen Dosen. Beim Shock Abreibung des ganzen Körpers in Verbindung mit Knetung des Abdomens, wodurch eine grössere Menge Blutes dem Herzen und dem Gehirn zugeführt wird.

[Herzfehler in Folge von Ueberanstrengung werden von Ribbing (64) folgendermaassen beschrieben: Der Kranke sei jung oder von mittlerem Alter. Zeichen von gestörter Circulation zeigen sich in Athemnoth, Cyanose und unbedeutenderen Oedemen. Die Herzwirksamkeit sei ungleichmässig, oft veränderlich, bisweilen langsam, bisweilen beschleunigt. Ueber dem Herzen kann man nicht selten durch Palpation und Auscultation Zusammenziehungen, welche durch keine Radialispulswelle sich zu erkennen geben, constatiren. Das Herz ist vergrössert, am meisten in der Breite. Die Herztöne dumpf oder von Blasegeräuschen, welche am häufigsten die Mitralisklappe befallen, ersetzt. Der Sphygmograph zeigt bedeutende Veränderungen in der Form der Pulscurve.

Bei Mitralisinsufficienz ist nach Köster (65) in der Regel die linke Kammer excentrisch hypertrophisch, wird aber wenig verändert bei der Stenose. Eine Atrophie der linken Kammer bei der Stenose hatte K. nicht constatiren können.

Durch Percussion von ungefährlicher Stärke, welche man auf Kinder anwendet, kann man nach Pettersson (66) nicht nur die absolute, sondern auch die relative Herzdämpfung mit ziemlich grosser Sicherheit auspercutiren und auf solche Weise die Grösse des Herzens bestimmen.

Die accidentellen Blasegeräusche über dem Herzen haben nach Edgren (67) folgende Kennzeichen: 1. Sie kommen hauptsächlich bei jüngeren Personen vor. 2. Andere Zeichen von Herzkrankheit müssen fehlen. 3. Sie haben ihr Punctum maximum an der linken Grenze des Herzens sowie an der Herzspitze. Rechts finden sie sich meistentheils an der Auscultationsstelle für die Aorta. 4. Sie sind am häufigsten systolisch, bisweilen diastolisch, nehmen aber nur einen Theil der Systole oder Diastole auf. 5. Sie sind im Allgemeinen weich, doch ist das Blasegeräusch, welches im II. Intercostalraume am linken Sternalrande gehört wird, sehr oft rauh. 6. Sie sind in hohem Grade veränderlich. Eines Tages finden sie sich vor, des anderen nicht, werden von Lage sowie Ex- und Inspiration modificirt. Sie verschwinden z. B. oft bei stehender Stellung und tiefer Inspiration. 7. Ihre Ausbreitungsarea ist gering. Man kann sie nie auf der Hinterseite des Brustkorbes hören.

A. Fr. Eklund (Stockholm).]

[Strandgaard (68) hat die Percussionsmethoden an 78 Leichen genau untersucht und gefunden, dass man bei der gewöhnlichen Methode die von Richner angegebenen Grenzen des gesunden und kranken Herzens findet; bei der Anwendung der intercostalen und der seitlich abgedämpften Percussion findet man wohl scheinbar correcte Resultate, welche aber nach Verf. der älteren Methode doch nicht überlegen sind. Die Ursachen, weshalb diese scheinbar exacteren Methoden doch nicht mehr leisten, sind nach Verf.:

1. Die Partie der Brustwand, welche dem Herzen entspricht, ist derartig gebogen, dass die Projection des Herzens, die zur Brustwand schief gestellt ist, sich an der Brustwand in einer deformirten und entstellten Weise präsentirt; die Brustwand wirkt in einer gewissen Weise als eine astigmatische Loupe.

2. Eine andere Consequenz der Krümmung der Brustwand ist die, dass gegen die Medianlinie die das Herz deckende Schicht von Lungengewebe immer dünner wird; im gleichen Verhältniss wird auch die durch das

schwingende Lungengewebe verursachte Sonorität geringer und es ist gar nicht möglich eine bestimmte Grenze zwischen hellem Lungenton und Herzdämpfung nachzuweisen, es findet sich nur ein successiver Uebergang.

3. Die Krümmung der Brustwand macht, dass Nadeln, welche in einer transversalen Linie in einer gewissen Distanz voneinander eingestochen werden, mit ihren Spitzen sehr nahe an den Rand des Herzens convergiren und daher können selbst Nadeln, die recht weit von dem Rand des Herzens eingestochen sind, mit ihren Spitzen sehr nahe an den Rand desselben gelangen.

Der Werth der seitlich abgedämpften Percussion ist demnach nicht hoch anzuschlagen; etwas mehr leistet nach Verf. die intercostale Percussion, da man bei dieser dem Herzen näher kommt, die Percussionsvibrationen in sagittaler Weise sich fortpflanzen und die Projection des Herzens zur Brustwand nicht wie bei der abgedämpften Percussion vergrössert wird.

F. Levison (Kopenhagen).]

[Die 4 von Piotrowski (69) beobachteten Fälle zeigen, dass die Zahl der rothen Körperchen bei Herzkranken durchschnittlich gleichbleibt, ungeachtet darauf, ob der Kranke viel Wasser verliert (Calomel, Diuretin, Digitalis) oder nicht. **Lustig** (Krakau).]

2. Pericardium.

1) O'Carrol, A case of purulent pericarditis treated by drainage. Dublin Journal. July. — 2) Högerstedt, Ueber Pericarditis supperativa influenzosa. Petersburger med. Wochenschr. No. 17. — 3) Ebstein, Zur Lehre von der hämorrhagischen Pericarditis. Deutsches Archiv für klin. Medicin. No. 63. — 4) Ewart, On latent and transient pericardial effusion. The Lancet. Nov. — 5) Dickinson, Adherent pericardium as a case of fatal enlargement of the heart. Journal of med. sciences. December. — 6) Ewart, Practical aids in the diagnosis of pericardial effusion in connection with the question as to surgical treatment. The british medical journal. March. — 7) Putawski, A., Pericarditis tuberculosa und Pleuritis hämorrhagica sin. bei unbedeutendem, primärem, tuberculösem Herde in der rechten Lunge. Gazeta lekarska. No. 17.

O'Carrol (1) theilt einen Fall von eitriger Pericarditis bei einem 20jähr., schlecht genährten Arbeiter mit, der mit Drainage behandelt wurde. Derselbe klagte über Schmerzen in der rechten Seite, Diagnose wurde auf rechtsseitige lobuläre Pneumonie gestellt. Locale Erscheinungen anfangs nur Bronchialathmen unterhalb der Scapula, dann Tympanie. In der linken Inframamillargegend stellt sich pleuritisches Reiben ein. Der Ton war gedämpft bis zur 3. Rippe. Pat. bekam Morphiuminjectionen und locale Stimulantien. Crepitationen über dem ganzen rechten Lungenflügel. Athmung blieb beschleunigt, Puls und Temperatur gingen zurück. Dämpfung des Herzbeutels bis zum oberen Rand der linken 3. Rippe, rechts etwas über das Sternum herüberreichend. Herzklopfen, Schmerzen in der Herzgrube; die Haut war theilweise cyanotisch. Das Pericard reichte bis in die Mitte von Sternum und Brustwarze. Punction im 4. Intercostalraum, worauf sich Eiter entleerte, in dem sich Fränkel'sche Diplococcen fanden. Hierdurch fand Pat. bald Erleichterung. Am 48. Tage der Erkrankung klagte Pat. über Schmerzen in der linken Seite und da Verf. ein Empyem fürchtete, so machte er eine Probepunction, fand aber reines Serum. Der Allgemeinzustand verschlechterte sich aber, das Herz arbeitete unregelmässig und am 64. Tage der Erkrankung ging Pat. an einfacher Herzschwäche zu Grunde. Die Section ergab, dass das Pericard hinten und seitlich fest adhärent war; vorn fand sich Eiter und auf dem Herzen ein citrig-fibrinöser Belag. Die rechte Lunge war collabirt und mit fibrösem Belag überzogen. Im Mittellappen fand sich ein pflaumengrosser Infarct. Die linke Lunge war fast ganz adhärent, im freien Pleuraraum seröse Flüssigkeit. Muscatnussleber, in beiden Nieren Infarcte, in der Bauchhöhle gelbliche seröse Flüssigkeit.

Nach Ansicht des Verf.'s handelte es sich in diesem Fall um eine acute rechtsseitige Pneumonie, die auf das Pericard übergriff, das Herz war von vornherein schwach, die linke Lunge war passiv mit Blut überladen und mit linksseitiger Pleuritis verbunden, so wurde der Tod durch Herzschwäche schliesslich herbeigeführt.

Es zeigt sich in diesem Falle, dass das Pericard eine Drainage mindestens ebenso gut verträgt, wie die Pleura. Temperatur, Puls und Respiration wurden sofort bedeutend besser. Verf. benutzte hierzu ein doppeltes Drainagerohr und keine antiseptische, sondern eine alkalische Flüssigkeit, doppeltkohlensaures Natron.

Als beste Stelle für die Punction hält der Verf. den Sternalrand oder $^{3}/_{4}$ Zoll Entfernung von demselben. So kann die Mammaria interna nicht verletzt werden.

Ein starker pericardialer Erguss im Gefolge einer Pneumonie ist nach Verf. immer verdächtig auf Eiter und ist die Drainage ebenso bei Eiter im Pericard anzuempfehlen, als bei Empyem und ist Verf. überzeugt, dass die Drainage den Pat. wieder hergestellt hätte, wenn Pat. nicht von vornherein so schlecht genährt gewesen wäre und wenn die rechte Lunge nicht gleich anfangs so sehr geschwächt worden wäre.

Högerstedt (2) lässt sich des Weiteren über Pericarditis suppurativa nach Influenza aus, er hat bacteriologisch begründete Angaben über solche rein bacilläre Influenzapericarditis in der Literatur nicht finden können, obwohl der Herzapparat nicht selten toxisch in Mitleidenschaft gezogen wird. Verf. theilt selbst einen solchen Fall mit, der einen 25jährigen, kräftigen jungen Mann betrifft. Seit 3 Tagen Fieber mit initialem Schüttelfrost und bedeutender Prostration. Links hinten unten in den Lungen Bronchialathmen, mehr nach vorn Pleurareiben. Herztöne rein. Am folgenden Tage rostfarbenes Sputum; am dritten Tage starke Cyanose, Athmung sehr oberflächlich, keine abnormen Venenphänome, starkes Benommensein. Puls frequent, niedrig, leicht unterdrückbar, aber regelmässig und gleich-

mässig. Spitzenstoss nicht wahrnehmbar. Herzdämpfung intensiv und gross. Herztöne regelmässig, leise, rein, normal accentuirt. Kein pericardiales Reiben, dagegen links der ganzen Herzdämpfungslinie entlang bei jeder Inspiration exquisites Knisterrasseln. Diagnose wurde mit Wahrscheinlichkeit gestellt auf: acute exsudative Pericarditis mit Abdrängung des Herzens von der vorderen Brustwand, lobäre Pneumonie links unten mit frischer Pleuritis. Allgemeinbefinden wurde schlechter, Somnolenz und Delirien, dann kritischer Schweiss; aber die Pulsfrequenz, Cyanose und Dyspnoe blieb. Temperatur sank auf 37—37,3°. Puls blieb 140—148. Herzdämpfung vergrösserte sich, Dyspnoe und Cyanose wurden noch stärker. Pulsus paradoxus stellte sich ein, Herzdämpfung nahm noch mehr zu, Herztöne immer schwächer. Punction im 5. linken Intercostalraum ergab, dass ein Theil der vorderen Herzwand mit dem Pericardium parietale Verwachsungen eingegangen war. Exitus. Section ergab ausser Pneumonie und Pleuritis im Herzbeutel 2 Pfd. grüngelben, etwas eingedickten Eiter. Epicard mit dem Pericard nach links hin innig verwachsen. Herz vergrössert, Myocard parenchymatös degenerirt. Klappenapparat normal. Untersuchung des Exsudats ergab neben kleinsten Coccen eine grosse Menge feiner in allen wesentlichen Puncten den Pfeiffer'schen Influenzabacillen gleichenden Stäbchen. — Verf. ist der Ansicht, dass bei frühzeitigem Eingreifen die Pericardialverwachsung eingeschränkt, vielleicht ganz verhindert werden könnte, wenn man sich dazu entschlösse, das Herz unter einem erträglichen Druck mit einer sterilisirten, indifferenten Flüssigkeit permanent zu umrieseln.

An der Hand zweier Fälle von hämorrhagischer Pericarditis theilt Ebstein (3) einige Bemerkungen über die Geschichte dieser Krankheit mit. Der erste Fall betrifft einen 51 jährigen Mann, der $2^1/_2$ Monate vor seiner Aufnahme an einer rechtsseitigen Lungenentzündung erkrankte. Vor 4 Wochen plötzlich Schmerzen in der Mitte der Brust, kommt im Zustand grösster Erschöpfung in die Klinik. Untersuchung ergiebt Dilatatio cordis mit hochgradiger Schwäche der Herzmusculatur. Symptome von Pericarditis sind nicht nachweisbar, Tod erfolgt wenige Tage nach der Aufnahme. Section ergab eine schwere Erkrankung des Herzbeutels. Derselbe war ausserordentlich ausgedehnt und mit blutiger Flüssigkeit gefüllt. Zwischen der vorderen Fläche des linken Ventrikels und dem Herzbeutel bestanden Verwachsungen. An der freien Oberfläche des Herzbeutels zahlreiche zottige Anhänge. Der rechte Ventrikel zeigte reichliches subpericardiales Fett, welches weit in das Myocard hineingewachsen war. — Der Grund für die pericardiale so massenhafte Blutung kann, da keine hämorrhagische Diathese vorliegt, allein in localen Ursachen gesucht werden, d. h. in der Beschaffenheit der in den pericardialen Entzündungsproducten vorhandenen zahlreichen kleinen Gefässe, welche ausserordentlich leicht zerreisslich gewesen sein müssen. Die Pericarditis hat in diesem Fall merkwürdigerweise weder subjective, noch die gewöhnlichen objectiven Symptome verursacht. Nie Fieber. Ein sicheres ätiologisches Moment konnte nicht gefunden werden. — In dem zweiten vom Verf. mitgetheilten Fall war die Aetiologie vollkommen klar. 59 jähriger Mann erkrankt vor ca. $^3/_4$ Jahren an Brustsymptomen, bei der Aufnahme zeigen sich die Symptome linksseitiger Lungenschrumpfung. Dilatatio cordis, heftige asthmatische Symptome. Dämpfung im Herzleberwinkel weist auf Erguss im Herzbeutel. Tod 14 Tage nach der Aufnahme. Diagnose wurde auf linksseitige Lungenschrumpfung, Bronchitis, Dilatatio cordis und Asthma gestellt. Die Section ergab: Diffuse Tumorenbildung im linken Hauptbronchus, Durchwachsung seiner Wand. Compression des linken Oberlappens mit vollständiger Atelectase. Metastatische Tumorbildung am Herzbeutel, hämorrhagische fibrinöse Pericarditis. — Je weniger man bei der hämorrhagischen Form der Pericarditis therapeutisch leisten kann, um so grössere Sorgfalt wird man auf die prophylactische und curative Behandlung nicht nur der Pericarditis, sondern auch der Krankheiten, in deren Gefolge sie entsteht, verwenden müssen.

Ueber die latenten und wieder verschwindenden Pericardial-Ergüsse theilt Ewart (4) seine Beobachtungen mit. Er veröffentlicht drei derartige Fälle, welche Gelegenheit boten, den Process von Anfang bis zu Ende genau zu beobachten, seine verschiedenen Stadien durch die Percussion genau zu verfolgen und ein genaues Aufzeichnen des Grössenverhältnisses des Pericard ermöglichten. Der erste Fall betrifft einen 40jährigen Mann, der an Nephritis erkrankt war. Nur durch die characteristische Herzdämpfung wurde Verf. auf den pericardialen Erguss aufmerksam, der im Uebrigen keinerlei Symptome und Beschwerden hervorrief. Vier Tage später war nach reichlicher Diurese die Herzdämpfung wieder absolut normal. Im zweiten Fall handelt es sich um einen 45jährigen Mann mit Herzklappenfehler. Auch in diesem Falle war kein pleuritisches Reiben zu diagnosticiren, der Pat. hatte weder Schmerzen noch Unbehagen, trotzdem ein starkes pleuritisches Exsudat deutlich nachweisbar war, das nach einigen Tagen wieder verschwand. Der dritte Fall betrifft einen 20jährigen jungen Mann, der an acutem Rheumatismus erkrankt war. Schon am dritten Tage war bei ihm der pericardiale Erguss wieder vollständig verschwunden, nachdem Pat. grosse Dosen Salicyl erhalten hatte. Nicht uninteressant sind in diesem Falle der rheumatische und wahrscheinlich entzündliche Character des Ergusses und die Schnelligkeit der Resorption desselben unter Einwirkung des Antirheumaticum. — Der Umstand, dass pericardiale Exsudate öfters so latent ohne alle Anzeichen verlaufen, wird dadurch begünstigt, dass sie so sehr rasch auftreten und eben so schnell wieder resorbirt werden. Die Diagnose dieser Fälle bietet keine Schwierigkeiten und kann mittelst der Percussion mit völliger Sicherheit gestellt werden. Wie die analogen Pleuraexsudate sind wahrscheinlich auch diese pericardialen Ergüsse abhängig von einem subacuten entzündlichen Process,

öfters werden sie wahrscheinlich auch mechanisch hervorgerufen. Bei leichten Fällen führt schon Ruhe und die Anwendung von Diureticis und Diaphoreticis die völlige Resorption herbei; in schweren Fällen könnte die Paracentesis nothwendig werden.

Als Ursache für eine tödtlich verlaufende Herzvergrösserung hat sich ein adhärentes Pericard in 9 von Dickinson (5) mitgetheilten Fällen erwiesen. Ein adhärentes Pericard braucht nicht nothwendigerweise irgend eine merkliche Aenderung u. s. w. in Lage oder Function des Herzens zur Folge zu haben. In seltenen Fällen atrophirt das Herz oder bleibt im Wachsthum zurück, in den meisten Fällen vergrössert es sich. Neben dieser Vergrösserung zeigen sich öfters Erkrankungen der Klappen oder des Herzmuskels oder der Lungen oder der Nieren, die ganz oder theilweise auf diese Vergrösserung zurückgeführt werden müssen. In einer gewissen Zahl von Fällen aber tritt eine derartige Hypertrophie und Dilatation des Herzens auf, dass es nicht möglich ist, für dieselbe eine hinreichende Erklärung zu finden. — Den vom Verf. mitgetheilten 9 Fällen ist allen gemeinsam die grosse Jugend der Patienten, der jüngste ist 8, der älteste 21 Jahre alt. Es scheint demnach, als ob Pericarditis im Kindesalter eher dazu im Stande ist, hochgradige Herzvergrösserung herbeizuführen. Hope war der Erste, der die Adhäsion des Pericard als Ursache für eine tödtlich verlaufende Herzvergrösserung ansprach. Acute Entzündung des Pericards im Kindesalter beschränkt sich selten nur auf das innere Blatt. Das Pericard wächst mit dem Brustbein, den Lungen, dem Diaphragma und das Herz wird so in seiner Thätigkeit enorm beschränkt. Die Pericardialgegend ist oft ungeheuer vorgewölbt, an der Herzspitze treten ein oder mehrere constante Geräusche auf. Frühzeitig stellt sich Ascites ein, die Lungen bleiben oft frei. Cyanose und starke Anämie macht sich bemerkbar. Alle diese Fälle verlaufen äusserst rasch und führen unweigerlich zum Exitus letalis. Durch Behandlung mit Alkalien will Ref. des öfteren eine Besserung der Herzaction und ein Verschwinden der Mitralgeräusche, die wahrscheinlich mehr dynamischen als organischen Ursprungs sind, haben auftreten sehen, natürlich auch, ohne dem baldigen Ende Einhalt gebieten zu können.

Die Grundelemente der Untersuchungsmethode bei pericardialen Exsudaten sind nach Ewart (6) erstens eine genaue Percussion und Palpation, zweitens sorgfältige Auscultation und drittens Beobachtung des Pulses. Zwölf verschiedene Symptome bespricht Verf. ausführlich, die bei den pericardialen Ergüssen auftreten und die man bei genauer Anwendung dieser Grundelemente diagnosticiren kann: 1. Beträchtliche Ausdehnung der seitlichen Grenzen der totalen Herzdämpfung. 2. Grosse Ausdehnung der absoluten Dämpfung, absolute Dämpfung des Sternum. 3. Verdrängung der Leber; unter keinen anderen Verhältnissen, ausgenommen Pneumothorax und intrathoracales Sarcom, ist die Verdrängung der Leber so deutlich, wie bei dem pericardialen Erguss. 4. Dämpfung im 5. rechten Spatium intercartilagineum (Symptom des Dr. Rotch). Das 5. Symptom ist wichtig für die Differentialdiagnose zwischen Pericardialexsudat und Herzerweiterung; bei der ersteren ist der untere Winkel der Pericardialdämpfung nahe an den rechten Winkel gerückt. 6. Der linke untere Dämpfungswinkel liegt unterhalb des Spitzenstosses, der Spitzenstoss fällt in die Dämpfung hinein. 7. Kann man, wahrscheinlich infolge der Unbeweglichkeit der unteren Rippen, verbunden mit der grossen Beweglichkeit des oberen respiratorischen Brustabschnittes, bei allen Fällen von beträchtlichem pericarditischem Exsudat mit dem Finger den oberen Rand der ersten Rippe fühlen. 8. Bespricht Verf. die hintere pericardiale Dämpfungsstelle, als 9. nicht immer wahrnehmbares Symptom führt er Bronchialathmen unter der rechten Mamma an. 10. An der unter 8 besprochenen Stelle ist bisweilen bronchiales Athmen und Aegophonie hörbar. 11. Treten meist secundäre pleuritische Ergüsse auf, wahrscheinlich durch den Druck des pericarditischen Exsudats hervorgerufen. Als letztes Symptom führt Verf. die Grösse des Pulses an, der sehr an den Puls bei Aorteninsufficienz erinnert, nur nicht in so ausgeprägtem Maasse, der Puls ist auch schnellend, ganz wie bei der Aorteninsufficienz.

[Bei der Section eines 17jähr. Mädchens fand Putawski (7) ausser Pericarditis tuberculosa und Pleuritis haemorrhag. sinistra einen kleinen käsigen Herd in der rechten Lunge. Interessant ist, dass die Patientin bis zur letzten kurzen Krankheit sich immer wohl gefühlt hat und dass der tuberculöse Herd in der dem Exsudat gegenüberliegenden Lunge sich befand.

Lustig (Krakau).]

3. Myocardium.

1) Kroll, Beitrag zur Kenntniss der Cardiorhexis nebst Veröffentlichung eines im pathologischen Institut zu Greifswald zur Autopsie gekommenen Falles. Inaug.-Dissert. Greifswald. 1895. — 2) Schwalbe, Demonstration eines „Ochsenherzens“ mit Spontanruptur. Deutsche med. Wochenschr. No. 5. — 3) Kelynack, On spontaneous rupture of the heart. The Lancet. July. — 4) Romme, De l'hypertrophie cardiaque de croissance. Gazette hebdomadaire. No. 34.

Kroll (1) veröffentlicht einen im pathologischen Institut zu Greifswald zur Autopsie gekommenen Fall von Cardiorhexis, der einen 30jährigen Arzt betrifft. Derselbe war seit seiner Jugend überaus corpulent, in der Studentenzeit steigerte sich die Fettleibigkeit bis zur Unförmigkeit, so dass dem Pat. das Gehen zur unerträglichen Last wurde. Im letzten Jahre stellten sich Herzklopfen und zeitweise auftretende mässige Dyspnoe ein, ohne jedoch den Pat. an das Bett zu fesseln. Er wurde eines Morgens todt aufgefunden, nachdem er am Abend zuvor ein starkes Digitalis-Infus (2,0 : 170,0) zur Hälfte ausgetrunken. — Die Leiche wog 270 Pfund. Excessiv ausgebildeter Panniculus adiposus; am Abdomen zahlreiche Striae. Das Gesicht ist hochgradig cyanotisch. Der Umfang des Oberarmes beträgt 45 cm. an den beiden Mamillargegenden wulstet sich das Fett wie bei einer hypertrophischen weiblichen Mamma vor. — Bei

der Eröffnung des Herzbeutels entleert sich unter einem Strome aus demselben dunkelrothes, kirschfarbenes Blut und es lassen sich über 300 cbm des Blutes aus dem Herzbeutel ausschöpfen. An der hinteren Fläche des linken Vorhofs unmittelbar neben der Einmündungsstelle des gemeinsamen Stammes der beiden linken Lungenvenen besteht ein gut 7 cm langer Riss in der Vorhofswand, der ungefähr dem Angulus cartilagineus parallel verläuft und sich zum Theil auch auf die Lungenvenen fortsetzt; die Ränder des Risses sind unregelmässig zackig. Auf dem Pericard, dem visceralen und dem parietalen Blatt lagern dicke Schichten von mit Blut infiltrirtem Fibrin. Im Pericard selbst sind an einzelnen Stellen Blutungen in dem sehr dicken Fettgewebe vorhanden. Der sehr schlaffe Herzmuskel ist überall von Fettgewebe durchsetzt, das bis unter das Endocard sich fortsetzt. Der rechte Ventrikel ist sehr weit, seine Wandung schlaff, eigentliche Musculatur kaum vorhanden. Die Intima der rechten Art. coronaria sieht an verschiedenen Stellen weisslich opak aus, diese Stellen ragen über das Niveau der Nachbarschaft hervor; ähnliche Veränderungen zeigt auch die linke Art. coronaria. Die Leber zeigt eine höckerige Oberfläche und alle Zeichen der Cirrhosis. Microscopisch zeigen sich die Muskelfasern auf grosse Strecken hin total fettig degenerirt. An den Rändern des Risses ist fast autschliesslich Fettgewebe vorhanden. — Drei verschiedene schwere Organveränderungen, die bedeutsam für die Entstehung der Herzzerreissung sind, finden sich hier vor, atheromatöse Verdickungen in der Aorta und den Kranzarterien, acute fibrinöse Pericarditis und vor allem Obesitas cordis. Vielleicht hat die starke Dosis Digitalis, die Pat. am Abend vor seinem Tode zu sich genommen, das allerletzte auslösende Moment abgegeben, welches durch kräftige Herzcontractionen den Riss bedingt hat. Die Lage des Risses ist eine ganz ungewöhnliche; von 332 vom Verf. zusammengestellten Fällen betrafen nur 6 die spontane Zerreissung des linken Vorhofs; auch die Grösse der Ruptur ist eine ungewöhnlich seltene Erscheinung. In einer Beziehung steht der mitgetheilte Fall anscheinend einzig da, nämlich darin, dass sich hier der Riss vom linken Vorhof noch auf die Lungenvenen fortsetzt.

Im Verein für innere Medicin demonstrirte Schwalbe (2) ein „Ochsenherz“, das einem 56jährigen Manne gehörte und spontan rupturirt war. Pat. kam mit Athembeschwerden und Herzklopfen in die Behandlung des Verf.'s Die Untersuchung des Thorax ergab eine emphysematöse Erweiterung der Lungen, ferner eine mässige Verbreiterung des Herzens über die linke Mammillarlinie hinaus von etwa einer Fingerbreite und endlich ein systolisches Geräusch am Ostium aortae. Puls nicht celer. Ueber der rechten Lungenspitze eine ganz leichte Dämpfung. Vor einem Monat hatte Pat. eine Hämoptyse gehabt. Verf. diagnosticirte eine Stenosis ostii aortae infolge allgemeiner Arteriosclerose. Pat. bekam dann eine seröse, nach 4 Wochen recidivirende linksseitige Pleuritis, sonst traten noch Anfälle von Asthma cardiale und Angina pectoris auf. Der Zustand besserte sich jedesmal nach Digitalis. Ganz plötzlich brach Pat. beim Gehen zusammen und war todt. Die auffallende Anämie des ganzen Körpers liess vermuthen, dass eine innere Blutung, wahrscheinlich aus einem geplatzten Aneurysma, die Todesursache sei. Die Section ergab die Ruptur des Herzens selbst. Das Herz trat bei Eröffnung der Brusthöhle in einem Viertel seines Umfanges hervor, es war etwa in einem Drittel von der linken und zu einem grossen Theil von der mit der parietalen Pleura ziemlich leicht verwachsenen rechten Lunge bedeckt. Dies erklärt, weshalb selbst eine so colossale Erweiterung des Herzens, wie sie in diesem Fall vorhanden, während Lebzeiten des Pat. durch Percussion nicht zu erkennen war. Der Herzbeutel, dessen vordere Hälfte mit dem Herzen verwachsen war, enthielt im übrig gebliebenen Cavum etwa 2 Wasserglas voll geronnenen Blutes. Der rechte Ventrikel ist ziemlich beträchtlich dilatirt, aber lange nicht so bedeutend, wie der linke, der völlig halbkugelförmig erweitert ist. Ein Aneurysma der Herzspitze ist nicht vorhanden, trotzdem befindet sich in der typischen Gegend eine Perforation der Musculatur im Umfange einer halben Bohne. Der Riss war mit frischen Blutgerinnseln verstopft. Die Aortenklappen sind hochgradig sclerotisch verändert, zwei sind völlig mit einander verwachsen. Das Ostium aortae ist stenosirt: Insufficienz der Klappen nicht vorhanden. Das ganze Herz ist $2\frac{1}{2}$ mal so gross wie die Faust des Pat. und wiegt mehr als 2 Pfund, also 5 mal so viel als ein normales männliches Herz. Die Aorta ist ziemlich hochgradig atheromatös verändert. Die rechte Lungenspitze ist im Zustande cirrhotischer Schrumpfung. Für die Hämoptyse war eine anatomische Ursache nicht auffindbar.

Einen interessanten Fall von Spontanruptur des Herzens theilt Kelynack (3) mit. Derselbe betrifft einen 68jährigen Mann, der kurz vor seinem Tode einen epileptiformen Anfall bekam; es traten convulsive spastische Zuckungen in der rechten Hand und Arm auf. Der Mund war nach links verzogen. Pat. war ohne Besinnung, die Pupillen waren gleich, normal. Die Athmung wurde stertorös. Die Hände waren kalt und an der Radialis konnte kein Puls gefühlt werden. Ueber dem Herzen konnte man keine Töne hören; die Pupillen wurden kurz vor dem Tode, der bald darauf noch während des Anfalls eintrat, erweitert und ungleich. Die Section ergab Arteriosclerose der Coronararterien, Myomalacie des Herzens, Hämopericard. Der Herzbeutel war mit frischen Blutgerinnseln angefüllt, im Ventrikel fand sich ein Riss, aus dem sich das Blut in das Pericard ergossen hatte. Die Aorta war in hohem Grade atheromatös, kein Aneurysma. Im hinteren Theil des rechten Hirnlappens fand sich ein kleiner Erweichungsherd. Die fortschreitende atheromatöse Arteritis der Coronararterien, namentlich derjenigen Aeste, welche den linken Ventrikel versorgen, haben in diesem Fall eine locale Erweichung als Bedingung für die Myomalacie bewirkt, und der völlige Gefässverschluss hatte schliesslich einen sogen.

hämorrhagischen Infarct des Herzens herbeigeführt mit endlicher Ruptur des necrotischen und blutinfiltrirten Gewebes.

Romme (4) bespricht in seiner Abhandlung über die Herzhypertrophie während des Wachsthums verschiedene Eventualitäten, die nach Germain Seé hierauf einwirken können:

1. Das allgemeine Wachsthum wird durch das raschere Wachsen des Herzens überholt, das über das Durchschnittsmaass hinauswächst.

2. Kann infolge von heftigen Fiebern etc. aus unbekannten Gründen während der Pubertätszeit der ganze Körper anfangen, sehr in die Breite zu gehen und gigantische Formen anzunehmen; das Herz muss dann nothgedrungen diesem Riesenwachsthum folgen, da es sonst nicht im Stande ist, die vermehrten Widerstände zu überwinden.

3. Wenn einem Kind eine übergrosse Arbeitsleistung zugemuthet wird, die sonst nur ein Erwachsener verrichten kann, so wird sich sein Herz allmälig dilatiren.

4. Kann durch Missbildung des Brustkorbes das Herz in seinen Functionen beengt sein, auch dann wird es hypertrophiren.

Klinisch kann die Herzhypertrophie während der Entwicklungsperiode drei verschiedene Formen annehmen:

1. Die tachycardische Form mit Herzpalpitationen, die bisweilen die einzigen Beschwerden der Patienten bilden.

2. Die dyspnoische Form mit bisweilen beständiger, selbst in der Ruhe bestehender Athemnoth, die namentlich bei Anstrengungen sich fühlbar macht.

3. Giebt es eine Form, die durch heftigen Stirnkopfschmerz characterisirt ist, der auftritt, sobald der Pat. sich anhaltend geistig beschäftigt und in der Ruhe und in der frischen Luft nachlässt. Dieser Zustand kann monatelang mit oder ohne Unterbrechungen anhalten. Nach Huchard rührt diese Herzhypertrophie her bald von einer latenten Tuberculose, bald ist sie hervorgerufen durch dyspeptische Beschwerden, ein andermal ist ein deformirter Brustkorb dafür verantwortlich zu machen, und bisweilen sind vom Uterus oder den Ovarien ausgelöste Reflexe die Veranlassung.

Verf. unterzieht die Eintheilung von Germain Seé sowohl wie die von Huchard einer kritischen Betrachtung. Jedenfalls werden unter der Bezeichnung der Herzhypertrophie während der Entwickelungsperiode sehr verschiedenartige Zustände zusammengefasst und dem Wachsthum des Körpers an sich kann sicherlich keine Schuld für diese Herzhypertrophie beigemessen werden.

4. Endocardium.

1) Zawadzki und Bregmann, Endocarditis gonorrhoïca mit Embolie der Art. fossae Sylvii, centralen Schmerzen und Oedem. Wien. med. Wochenschr. 8 u. 9. — 2) Heitler, Pseudodiastolische Mitralgeräusche, eine Fehlerquelle für die Diagnose von Mitralstenose, Ebend. No. 2. — 3) Bäumler, Fall von erworbener Stenosirung der Pulmonalklappen. Münchener medic. Wochenschr. No. 7. — 4) Fisser, Mitral regurgitation from valvular disease common or serious? The Lancet. July. — 5) Sainsbury, A case of ulcerative endocarditis treated with anti-streptococcic Serum; recovery. The Lancet. October. — 6) Michaelis, Ueber einen neuen Fall von Endocarditis gonorrhoica. Zeitschr. für klin. Medic. Bd. XXIX. H. 5 u. 6. — 7) Kornfeld, Ueber den Mechanismus der Aorteninsufficienz. Ebend. Bd. XXIX. — 8) White, Hale, A clinical lecture on gonorrhoeal malignant endocarditis. The Lancet. Febr. — 9) Gardinier, Report of two interesting cases: aneurism of the thoracic aorta, with necropsy; also mediastinal tumor, with necropsy. Medical News. February. — 10) Doch, Some notes on the coronary arteries. The medical and surgical reporter. July. — 11) Barié, La vraie et les pseudo-insuffisances aortiques. Archives générales de médecine. Mars et Juny et Juli. — 12) Morison, The treatment of aortic valvular disease. The British medical journal. March. — 13) Packard, Report of a case of imperfect closure of the auricular and ventricular septa, in a man dead at the age of fifty years from abscess of the brain. Med. News. August. — 14) Gladman, A case of infectious endocarditis. Med. Rec. Septemb. — 15) Rochester, Angina pectoris with rupture of the left ventricle. The medical and surgical reporter. Vol. LXXV. No. 1. (Der Fall betrifft eine 65 jährige Dame. Die Haemorrhagie war von der linken Coronorarterie und ihrer Bifurcation ausgegangen; der eine Ast enthielt Kalkauflagerungen und war durch einen Thrombus verschlossen.

Zawadzki und Bregmann (1) theilen einen Fall von Endocarditis gonorrhoica mit Embolie der Art. fossae Sylvii, centralen Schmerzen und Oedem mit, der zugleich einen Beitrag zur Pathologie der E. sowohl, als auch zur Entstehung der Schmerzen in den Hirncentren liefert. Der Fall betrifft ein 17 jährig. Mädchen aus einem öffentlichen Hause, bei dem weder die gynäkologische noch die bacteriologische Untersuchung der Genitalsecrete Gonococcen ergab; dagegen fanden sich in Schnitten aus den Excrescenzen an der Bicuspidalklappe zahlreiche Neisser'sche Gonococcen. Dieselben waren zum Theil gruppenweise in der Zwischensubstanz, zum Theil in den Zellen und in ihrer nächsten Nachbarschaft angeordnet. Bei Lebzeiten zeigten sich beide Extremitäten rechts hochgradig paretisch, Hautsensibilität auf der ganzen rechten Körperhälfte, auch im Gesicht, aufgehoben. Herzdämpfung in allen Dimensionen vergrössert, an der Herzspitze ein präsystolisches Geräusch, zweiter Pulmonalton verstärkt, täglich Schüttelfröste mit hoher Temperatur, Schmerzen der rechten obern und untern Extremität ununterbrochen und starke Oedeme. Dies alles wies auf E. mit Embolie der r. Art. fossae Sylvii hin, im Lauf der Krankheit traten noch weitere Complicationen hinzu, Pleuritis und Pericarditis, Coxitis und Nephritis, nach 84 tägigem Spitalaufenthalt trat Exitus ein. Section ergab die Richtigkeit der Diagnose, durch den Nachweis der Gonococcen in den erkrankten Herzklappen zeigte sich die Richtigkeit der Annahme, dass Gonorrhoe die Ursache aller Erscheinungen war. Ob auch die im Scheidensecret und in der Pleura bei der Pat. gefundenen Staphylococcus pyogenes albus und Micrococcus tetragenes mitgewirkt

haben, lassen die Verf. dahingestellt. Die Temperaturcurve in diesem Falle mit den täglich sich wiederholenden Schüttelfrösten entspricht einer pyämischen mit der Eigenthümlichkeit, dass die Exacerbationen meist in die Morgenstunden fallen, die Remissionen meist am Abend auftraten. Im Gehirn fanden sich Veränderungen, welche nach Ansicht der Verff. für die aufgetretenen interessanten Erscheinungen von Seiten des Nervensystems, die Hemiplegie, Hemianaesthesie und die lebhaften ununterbrochenen Schmerzen, eine befriedigende Erklärung abgeben; es zeigte sich nämlich das Corpus striatum und die innere Abtheilung des Linsenkerns erweicht. Die Capsula interna aber, namentlich ihr hinterer Schenkel und der Thalamus opticus waren intact. Es beweist daher dieser Fall, dass eine Läsion des Sehhügels für die Entstehung centraler Schmerzen durchaus nicht nothwendig ist. Ein am rechten Unterschenkel sich ganz unabhängig von dem übrigen Oedem entwickelndes circumscriptes Oedem, welches sich auch durch erhöhte Temperatur und die stark gespannte blasse Haut von jenem unterschied, erklären die Verff. damit, dass in den Basalganglien wahrscheinlich ein oder mehrere vasomotorische Centren für die entgegengesetzte Körperhälfte existiren, wie zahlreiche, sowohl pathologische als experimentelle Erfahrungen zeigen.

Heitler (2) theilt einen Fall von latenter Mitralstenose mit bei einem 35jährigen Mann, der plötzlich Blut auswarf. Die Untersuchung ergab: vorn über den Lungen normaler Schall, Schnurren mit spärlichem, grossblasigem Rasseln, das Herz bedeckt, der mässig starke Herzstoss im 5. Intercostalraum, die Mammillarlinie nicht überschreitend, Herzdämpfung nicht vergrössert, Töne an allen Ostien rein, 2. Pulmonalton etwas verstärkt. Rechts hinten von der Mitte der Scapula bis zum unteren Winkel derselben gedämpfter Schall. Ueberall Schnurren und grobes spärliches Rasseln, an der Dämpfungsstelle spärliches mittel- und kleinblasiges Rasseln, Puls etwas beschleunigt, relativ klein, kein Albumen. Diagnose: Haemorrhagischer Infarct bei hochgradiger Mitralstenose, die Diagnose wurde gestellt aus dem verstärkten 2. Pulmonalton und dem kleinen Puls. Ein Vierteljahr später an der Spitze ein reiner erster Ton und ein tiefes rauhes, ziemlich starkes diastolisches Geräusch; dasselbe füllte die ganze Diastole aus, es war bloss auf die Herzspitze beschränkt; die übrigen Töne rein, der 2. Pulmonalton nicht verstärkt, der 2. Aortenton stärker als der 2. Pulmonalton, Herzdämpfung nicht vergrössert, Puls klein, leicht arhythmisch. — Gegenüber den nicht diagnosticirten Mitralstenosen sind die Fälle, in denen eine Verengerung des Mitralostium angenommen wird, wo dieselbe nicht besteht, selten. Verf. weist auf eine Fehlerquelle hin, welche zur irrigen Annahme von Mitralstenose führen kann. Es kann unter bestimmten Verhältnissen ein systolisches Mitralgeräusch für ein diastolisches gehalten werden und zwar bei ruhiger Herzaction. Die unrichtige Deutung eines systolischen Mitralgeräusches kann auch zur Annahme einer anatomischen Laesion der Mitralis führen. Verf. theilt einen derartigen Fall mit, den er in der Vorlesung demonstriren wollte und der ein für die Demonstration besonders günstiger Fall von Mitralstenose zu sein schien, später stellte sich heraus, dass das diastolische Geräusch nur ein Pseudogeräusch gewesen war. Diese pseudodiastolischen Geräusche sind schwächer, meist kürzer, tiefer, manchmal auch etwas rauher als die ersten, auf welche sie folgen. Diese Geräusche werden hervorgerufen durch schwächere Contractionen des Herzens; wenn diese nach dem Gefühle an den Arterien als Intermittenzen gedeutet, bei einer Insufficienz der Mitralis auftreten, so erscheint auf ein stärkeres systolisches Geräusch unmittelbar oder durch ein sehr kurzes Intervall von demselben getrennt, ein zweites Geräusch, welches den Eindruck eines diastolischen Geräusches hervorruft. Verf. theilt hierauf einen, diese Verhältnisse illustrirenden lehrreichen Fall mit, der einen 66jährigen Mann betrifft. An der Herzspitze hörte man ein starkes systolisches Geräusch, der 2. Aortenton mässig verstärkt, der Puls meist klein; dem systolischen Geräusch folgte zeitweilig ein schwächeres, tieferes, meist rauheres Geräusch, welches den Eindruck eines diastolischen Mitralgeräusches hervorrief. Die Auscultation des Herzens und die gleichzeitige Betastung der Radialis ergab, dass diese scheinbaren diastolischen Geräusche constant mit der Intermittenz des Pulses zusammenfielen, wenn der Puls nicht intermittirte, waren diese Geräusche nie vorhanden. — Nach Verf. dürften die geschilderten Erscheinungen bei den Frühstadien der Herzmuskelerkrankungen besonders zu beachten sein.

Bäumler (3) theilt einen Fall von erworbener Stenosirung der Pulmonalklappen bei einem 16jährigen schwächlichen Schmiedelehrling mit. Pat. bot beim Eintritt ins Krankenhaus, in das er wegen Athemnoth und Herzklopfen eintrat, die Erscheinungen eines Herzklappenfehlers mit wahrscheinlich noch fortbestehender Endocarditis und einer haemorrhagischen Nephritis dar. Ein leichtes Oedem und der Blutgehalt des Harns nahmen bald ab. Der Puls des meist auffallend blassen Pat. war bis einige Tage vor dem durch ein Gesichtserysipel erfolgenden Exitus stets etwas gespannt. Anfangs bestand häufig Nasenbluten, später traten mehrmals haemorrhagische papulöse Erytheme an den Extremitäten und im Gesicht auf. Die von Anfang an neben mässiger Stauungsleber sehr vergrösserte Milz schwoll plötzlich unter heftigen Schmerzen beträchtlich an. Gleichzeitig entwickelte sich links ein pleuritischer Erguss, der sich langsam wieder verkleinerte. Am Herzen fand sich constant ein systolisches Geräusch, am lautesten über der Basis auf dem Sternum und am rechten Sternalrand. Die Herzdämpfung überschritt nach rechts nur wenig den rechten Sternalrand, reichte auch links bis jenseits der Mammillarlinie, Spitzenstoss war schwach und undeutlich. Das Geräusch war zeitweise als schwaches Schwirren auf dem Man. sterni, am linken Rand desselben stärker als rechts, aber auch im Jugulum und an den Carotiden fühlbar. Es wurde eine Erkrankung der Aortaklappen angenommen, da hierfür die haemorrhagische, vielleicht embolische Nephritis, die plötzlich auftretende stärkere Anschwellung der Milz, die wiederholt auftretenden, wie man annahm, emboli-

schen Hautaffectionen zu sprechen schienen. Die Section ergab jedoch, dass Aorta und Mitralis vollkommen frei waren und dass die Erkrankung lediglich ihren Sitz in der Pulmonalis hatte. Dabei handelte es sich um eine längst abgelaufene Endocarditis, welche durch Verwachsung der freien Ränder der Klappenflügel zu einer Verengerung des Lumens der Pulmonalarterien geführt hatte, derart, dass die mit einander verwachsenen Klappenflügel ein Diaphragma mit centralem Loch von etwa 1 cm Durchmesser darstellten. Mehrere Centimeter oberhalb dieses Klappenseptums fand sich an der rechten und vorderen Wand der Pulmonalarterie frischere Entzündung in Form von Ulceration und Thrombenbildung. Nirgend fanden sich Emboli. Im unteren Theile der linken Pleurahöhle und auf der Zwerchfellsfläche des linken Unterlappens fanden sich frische miliare graue Knötchen, Tuberkel, sonst nirgends. Der rechte Ventrikel und Vorhof waren dilatirt und bedeutend hypertrophisch, der linke Ventrikel ebenfalls. Es handelte sich demnach um den seltenen Fall von erworbener Stenose der Pulmonalklappen. Es ist nach Verf. sehr seltsam, dass keine Erscheinungen einer Insufficienz der Klappe während des Lebens vorhanden gewesen waren; auch waren an den Halsvenen zu keiner Zeit besonders auffällige Stauungserscheinungen hervorgetreten und die Stauung beschränkte sich hauptsächlich auf das Pfortadergebiet. Diagnostisch ist in diesem Fall von Wichtigkeit, dass auch bei Pulmonalstenose Geräusch und Schwirren bis in die Carotiden fortgepflanzt werden können.

Fisser (4) lässt sich des Weiteren darüber aus, ob die Mitralregurgitation bei Klappenerkrankungen eine häufige oder seltene Erscheinung ist. Man muss hierbei an ein (Leckwerden) Durchlässigwerden der Klappe denken, das durch eine Missbildung der Zipfel derselben hervorgerufen ist, denn eine Verdickung der Klappenzipfel allein kann hierzu nicht genügen. — Bevor Verf. die Resultate seiner nach dem Tode angestellten Versuche mittheilt, betrachtet er 2 klinische Fälle von Mitral-Regurgitation. Der Umstand, dass die Deformität der Mitralklappen, die zur Regurgitation durch das Orificium führt, eine so seltene ist, spricht nicht dagegen, dass die Ursache dieser Erkrankung dennoch eine Folge einer rheumatischen Endocarditis ist. Die Entzündung führt nicht zur Regurgitation, sondern Verdickung der Klappen, also zur Mitralstenoce. Es scheint dem Verf., dass durch Entzündung der Mitralklappe immer Mitralstenose hervorgerufen wird und sucht er das durch Fälle aus seiner Praxis zu belegen. Statistisch ist nachgewiesen, dass die gewöhnliche Folge der rheumatischen Endocarditis Mitralstenose ist, also Erkrankung der Mitralklappen, und dass diese Erkrankung meist vor dem 45. Lebensjahr zum Tode führt. Daraus folgt, dass man bei jeder Attacke von Rheumatismus sein Augenmerk auf die Mitralklappen richten soll. Wenn nach längerer oder kürzerer Zeit Mitralstenose auszuschliessen ist, aber ein systolisches Geräusch besteht, so ist es wahrscheinlich, dass eine Klappenerkrankung besteht, welche die Regurgitation verursacht. Eine während eines Rheumatismusanfalles auftretende Dilatation des linken Herzens kann leicht bestehen bleiben, ohne dass Pat. grosse Beschwerden davon hat, man ist in derartigen Fällen gewöhnt, von einer Erkrankung der Mitralklappen zu sprechen, doch ohne den Beweis dafür antreten zu können.

Sainsbury (5) theilt einen Fall von ulcerativer Endocarditis bei einem 13jährigen Knaben mit, der mit Antistreptococcen-Serum behandelt wurde und in völlige Genesung ausging. Pat. kam mit Schmerzen in der Brust und Schlaflosigkeit ins Krankenhaus, später stellten sich Delirien und starker Husten ein, hohes Fieber. Rheumatismus und Chorea anamnestisch nicht nachweisbar. Herzdämpfung begann im ersten Intercostalraum und reichte bis zum rechten Sternalrand. Spitzenstoss stark, an der Spitze Doppelton. An den Lungen rechts hinten Rasselgeräusche. Kein Albumen. Im Blut keine Streptococcen. Blutiges Sputum. Am ganzen Körper stellen sich symmetrische Ecchymosen ein. Nach einiger Zeit fanden sich im Blut Streptococcen. Nachdem er längere Zeit mit Salicyl und Hydrargyrum perichloricum behandelt worden war, wurde eine Einspritzung mit Antistreptococcen-Serum gemacht. Die Temperatur sank sofort um 5 Grad Fahrenheit. Das Allgemeinbefinden besserte sich zusehends; im Ganzen wurden nach und nach 70 ccm Serum injicirt. Die Streptococcen verschwanden aus dem Blut, die Herzdämpfung nahm normale Grenzen an und der Herzspitzenton wurde wieder einfach und deutlich hörbar. Die Temperatur sank auf die Norm herab, Pat. ass und trank wieder kräftig und nahm zusehends zu. Er wurde als völlig gesund entlassen. — Das Serum machte niemals weder locale noch allgemeine Reaction, nur nach der letzten Injection stellten sich Fieber und Schmerzen an der Einstichstelle ein; ob diese letzteren Symptome Begleiterscheinungen waren oder die natürliche Folge der Injection, lässt Verf. dahingestellt.

Bei einer ulcerösen Endocarditis im Gefolge einer acuten Gonorrhoe gelang es Michaelis (6) gemeinsam mit Leyden in den Auflagerungen des Endocard den Gonococcus nachzuweisen und das Vorhandensein irgend welcher anderen Bacterien mit Gewissheit auszuschliessen. 2 der Arbeit beigefügte Abbildungen lassen die characteristische Form und Lagerung der Gonococcen deutlich erkennen. Es handelt sich um einen 25jährigen Schneider, der seit 3 Wochen an Tripper litt und seit 2 Tagen vor der Aufnahme in die Anstalt in den Fingergelenken beider Hände rheumatische Schmerzen bekam. Fieber, Puls ist hart, über der Aorta hört man ein schabendes, systolisches Geräusch, ebenso über den anderen Herzostien, der diastolische Ton ist unrein. Im Ausfluss intracelluläre Gonococcen. Plötzlich starke Athemnoth und Angstgefühl, Tod unter den Zeichen von Herzschwäche. Section ergiebt Endocarditis aortica maligna verrucosa. An der Aorta fand sich an der rechten und linken eine haselnussgrosse verrucöse Masse; unterhalb derselben, dicht an der Ansatzstelle der Klappen, zeigt sich eine Rupturstelle der aneurysmatisch erweiterten Klappen. In einem von den endocarditischen Auflagerungen frisch gemachten Abstrich

fanden sich vereinzelte Zellen, die mit Diplococcen von typischer Form der Gonococcen angefüllt waren. Eine Cultur, die aus den Auflagerungen, wie auch aus dem Eiter der Urethra und des Blasenhalses angelegt wurde, ergab negatives Resultat. In den Schnitten durch die Auflagerungen liessen sich Gonococcen in reichlichster Menge nachweisen. Dass es sich um Gonococcen handelt, zeigt die Form der Diplococcen, ihre Lagerung in den Zellen, ihre Entfärbung nach Gram, ihr Verhalten der Einwirkung von Alcohol gegenüber, der negative Ausfall der Reinculturen für alle anderen Coccen. Dass es auch nicht gelang, Gonococcen zu züchten, liegt daran, dass die Leiche bereits 24 Stunden im kalten Keller gelegen hatte und dass der Gonococcus ausserordentlich empfindlich gegen Temperaturunterschiede ist und bei geringen Wärmegraden leicht seine Züchtungsfähigkeit verliert.

Kornfeld (7) hat an Hunden künstliche Aorteninsuffienz erzeugt und in einer Reihe von Fällen Sinken, in einer andern Steigen des Aortendrucks beobachtet. Durch die linke Carotis hindurch wurde eine durch eine Canüle gedeckte Zange so weit vorgeführt, bis man fühlte, dass das Instrument auf einen Widerstand gestossen sei, welcher anzeigte, dass man die Semilunarklappen erreicht hatte. Nun wurde die Zange hervorgeschoben, wodurch deren Branchen geöffnet wurden. Nachdem dies geschehen war, wurde die Zange rasch wieder zurück und das ganze Instrument hervorgezogen. Beim Vorziehen fühlte man, ob man ein Stück der Klappe losgerissen hatte. In allen Fällen wurde durch die Section das Gelingen des Versuches controllirt. Bei sämmtlichen Versuchsthieren wurden beide r. Vagi durchschnitten, um den Einfluss von aus dem Centralnervensystem kommenden Reizen auf das Herz möglichst auszuschalten, auch wurden sämmtliche Versuche an curarisirten Thieren vorgenommen. In einigen Versuchen wurde ausser Curare auch noch Chloralhydrat injicirt in der Absicht, die Erregbarkeit der sensiblen Nerven herabzusetzen, da es schon nach den ersten Versuchen wahrscheinlich war, dass die Reizung der letzteren den Arteriendruck beeinflusse. — Im Allgemeinen sinkt bei den Versuchen der Aortendruck in demselben Maasse, als die Insufficienz durch Verletzung der Klappen grösser wird. Der Einfluss des Klappenfehlers auf den Kreislauf ändert sich mit dem jeweiligen Nutzeffect der Herzarbeit. Letzterer aber ist ein Product verschiedener variabler Factoren, die sich im Laufe des Versuchs theils einzeln, theils in den verschiedenartigsten Combinationen ändern und dadurch das Resultat der Versuche im höchsten Grade compliciren. Als variable Factoren, die hierfür in Betracht kommen, hat Verf. das Verhalten des linken Ventrikels und den Gefässwiderstand festgestellt, gegen den Ventrikel arbeitet. Das Verhalten des Ventrikels betrifft einerseits den Rhythmus, die Frequenz und die Stärke seiner Contractionen, andererseits die Capacität seines Hohlraums. Sämmtliche dieser Factoren sind Aenderungen unterworfen. Rhythmus, Frequenz und Contractionsstärke setzen das zusammen, was als Sufficienz des Ventrikels bezeichnet wird. Die Sufficienz ist immer nur eine relative, mit den jeweils herrschenden Widerständen im Gefässsystem sich ändernde Grösse. Bei den vom Verf. angestellten Versuchen vermindert sich die Sufficienz des Ventrikels, sowohl in Folge einer directen Schädigung des Herzmuskels durch die mechanischen Eingriffe bei Setzung der Klappenläsion oder bei künstlicher Behinderung seiner Contraction, als auch in Folge Anwachsens der Widerstände in der Strombahn. Die Versuche ergaben, dass durch die Aorteninsufficienz einerseits die Arbeitsleistung verändert wird, dadurch, dass die Kraft des Ventrikels verkleinert wird, dass die Arbeitsleistung aber andererseits vergrössert wird, dadurch, dass die Dauer der Systole verlängert wird. Die Vergrösserung der Arbeitsleistung erfolgt lediglich auf Kosten der Verlängerung der Zeitdauer der Systole. Nach Verf. ist der von der herrschenden Lehre als durchaus feststehend vorgetragene Satz, dass die Fortschaffung einer durch die Regurgitation vergrösserten Blutmenge dem Ventrikel eine grössere Arbeitsleistung aufbürde, in der gebräuchlichen allgemeinen Fassung unrichtig. Die Arbeit des Herzens kann trotz Fortschaffung einer grösseren Blutmenge vermindert sein, und es hängt immer nur von individuellen Verhältnissen ab, ob durch die Aorteninsufficienz Vergrösserung der Arbeitsleistung des linken Ventrikels bedingt wird. Daher gehört selbstverständlich nicht zu jeder Aorteninsufficienz Hypertrophie des linken Ventrikels. Wo wir eine solche in beträchtlicherem Maasse finden, können wir dieselbe auf grössere Widerstände im Arteriensystem zurückführen, die von dem Klappenfehler als solchen ganz unabhängig sind.

White (8) theilt einen beobachteten Fall von maligner Endocarditis nach Gonorrhoe bei einem jungen Mann mit. Die Diagnose konnte anfangs nicht mit Sicherheit gestellt werden, wenn auch Schüttelfröste, hohe Temperatur, Schweisse und hochgradige Anämie dafür sprachen, so war doch kein Geräusch am Herzen zu hören, das Herz war normal in jeder Beziehung, und es fand sich kein Anhaltspunkt für eine Herzerkrankung. Für eine Infection sprach allein der Umstand, dass Pat. vor wenigen Tagen eine frische Gonorrhoe acquirirt hatte. Pat. hatte auch eine Phlebitis der Femoralis, die sich keineswegs erklären liess. Nach einiger Zeit fand sich ein systolisches und diastolisches Geräusch über der Pulmonalis; nun endlich war Verf. in der Lage die Diagnose der malignen Endocarditis mit Sicherheit festzustellen. Da nun Microorganismen diese Erkrankung hervorgerufen haben müssen, und keine andere Infection nachweisbar war, so blieb nur die Gonorrhoe als Ursache der malignen Erkrankung des Herzens übrig. Bei der Section zeigte sich eine frische Entzündung der Pulmonalklappen. Dieselben waren mit Vegetationen bedeckt, die Pulmonalarterie zeigte Erosionen und war ulcerirt und perforirt nach dem anstossenden Klappenzipfel. Ob in den Vegetationen sich Gonococcen gefunden haben, kann Verf. nicht angeben; doch ist es von vornherein mit Sicherheit anzunehmen. (Der Urin enthielt Albumen, Blut und Cylinder.) Die Dauer der ganzen Krankheit bei maligner Endocarditis ist eine sehr verschiedene. Oft spielt sich

der ganze Process in wenigen Tagen ab, öfters aber vergehen auch mehrere Wochen und Monate bis zum letalen Ausgang.

Gardinier (9) theilt einen Fall von Aneurysma der Aorta thoracica und einen von Mediastinaltumor mit, bei denen beiden Section gemacht wurde. Der erste Fall betrifft einen 48jährigen Mann. Im Brustraum fand sich ein völlig runder Tumor, der dem Brustbein, den Rippenknorpeln und den Lungen fest anlag. Der rechte Bronchus und die rechte Subclavia und Anonyma waren völlig zusammengepresst, die rechte Carotis war bis auf ein schmales Lumen comprimirt. Linke Subclavia und Carotis dilatirt und atheromatös. Der Aneurysmasack war fast vollständig kugelig und mit Fibrinplatten angefüllt. Der Sack gehörte dem aufsteigenden Ast der Aorta thoracica an gerade über dem Sinus Valsavae. Die Aorta war ganz atheromatös. Die Aortenklappen papierdünn. Die Aortenöffnung erweitert und nicht schliessend; der linke Ventrikel erweitert. Die ganze linke Lunge war hepatisirt. Schrumpfnieren beiderseits. —

Der zweite Fall betrifft einen Scirrhuskrebs mit dem primären Sitz in der Adventitia der Aorta. Zwischen rechtem ersten Bronchus und Oesophagus hinten und der Aorta vorn fand sich bei der Section eine längliche Masse von $3^1/_2$ Zoll Länge und 2 Zoll Breite, welche den ersten Bronchus zu einem Drittel seiner natürlichen Ausdehnung comprimirte. Der Oesophagus war so comprimirt, dass sein Lumen bleistiftdick war. Die microscopische Untersuchung ergab einen Scirrhus, ausgehend von der Tunica adventitia der Aorta mit Metastasen gleichen Characters in Lunge, Leber und Lymphgefässen.

Doch (10) theilt 3 Fälle von Erkrankungen der Coronararterien mit und knüpft daran allgemeine Betrachtungen. Die linke Coronararterie, welche den grössten Theil des linken Ventrikels mit Blut versorgt, wird weit häufiger erkrankt gefunden als die rechte. Die Frage nach der Anastomose der beiden Coronararterien ist bis jetzt noch nicht mit Sicherheit entschieden, wennschon bisweilen wirklich eine arterielle Anastomose vorkommt. Die Capillaranastomose wird aber wahrscheinlich bei Erkrankungen zunehmen, was von grösster Wichtigkeit ist. Bei der Geschwindigkeit aber, mit der es zum völligen Verschluss der Coronararterien kommt, wird es wahrscheinlich zu einer Collateralbahn nicht kommen können. Die häufigste Erkrankung der Coronararterien ist Arteriosclerose in ihren verschiedenen Formen. Ueber die Ursache der Häufigkeit des Befallenwerdens der Coronararterien von Arteriosclerose ist schon viel discutirt worden. Wahrscheinlich spielen Besonderheiten der Structur, namentlich die unnöthige Dicke der Adventitia, hierbei eine Rolle. Leichte Erkrankungen der Coronararterien sind gewöhnlich bei Leuten in mittleren Jahren, ohne Symptome hervorzurufen und ohne starkes Ergriffensein des Herzmuskels. In anderen Fällen findet sich fettige Degeneration oder fibröse Veränderungen bei verschiedenen Erkrankungen, die dann aber starke Symptome hervorrufen; wieder in anderen Fällen sind die Wirkungen plötzlich eintretende und tödtende.

In seiner ausführlichen Arbeit über die wahren und die falschen Aorteninsufficienzen theilt Barié (11) die klinischen Fälle in 5 Gruppen ein: 1. die Aorteninsufficienz mit diastolischem Geräusch an der Herzbasis, diese Gruppe ist die wichtigste von allen; sie umfasst ihrerseits wieder 2 Gruppen: a) mit Läsionen der Valvulae sigmoideae, dies sind die Fälle der wahren Insufficienz, b) ohne Erkrankung der Sigmoidklappen, aber mit Erweiterung des Aortenostium (relative Insufficienz). Hierfür führt Verf. 13 selbstbeobachtete Fälle an. 2) Aorteninsufficienz mit tympanitischem Klang des zweiten Tons, der das diastolische Geräusch verdeckt, oder mit demselben zusammenfällt, oder mit demselben abwechselt. Dies sind die Fälle von Aorteninsufficienz, bei denen sich atheromatöse Erkrankungen oder Arteriosclerose der Aorta vorfinden; häufig findet man hierbei gleichzeitig cylindrische Ausbuchtung der Aorta. Auch für diese Gruppe, wie für alle anderen, führt B. zahlreiche Fälle aus seiner Praxis an. Die dritte Gruppe betrifft die Fälle von Aorteninsufficienz, bei denen sich kein diastolisches Geräusch nachweisen lässt; die vierte Gruppe umfasst die Fälle von Aorteninsufficienz, bei denen sich verschiedene Geräusche an der Herzspitze vorfinden. Die fünfte und letzte Gruppe umfasst alle die Fälle, bei denen sich diastolische Geräusche vorfinden, die unabhängig von der Aorteninsufficienz sind. Hierher gehören a) diejenigen Fälle, bei denen ein diastolisches Geräusch zu hören ist, das an eine Insufficienz der Pulmonalarterie gebunden ist. b) Diejenigen, bei denen „accidentelle" diastolische Geräusche zu hören sind, die Pseudoinsufficienzen der Aorta.

Ueber die Behandlung von Aortenklappenerkrankungen spricht Morison (12) sehr ausführlich auf Grund physiologischer Erwägungen. Die Wirkung von Digitalis aufs Herz ist eine tonische, nicht eine klonische, das Mittel wirkt continuirlich, nicht intermittirend. Auf die genauere Art der Wirkungsweise von Digitalis auf die Ventrikel geht Verf. sehr eingehend ein.

Im Alter von 50 Jahren erst starb ein Mann, und zwar an einem Gehirnabscess, bei dem die Section unvollständigen Verschluss der Auricular- und Ventricular-Septa ergab, und über den Packard (13) ausführlich berichtet. Derselbe war niemals krank gewesen, und seine letzte Krankheit begann erst 10 Tage vor seinem Tode ganz plötzlich. Er verlor ganz plötzlich die Besinnung und bekam localisirte Krämpfe auf der rechten Seite. Nachdem er die Besinnung nach zehn Minuten wieder erlangt, klagte er über Taubheit in der ganzen rechten Seite, doch konnte er gehen und sprechen. 4 Tage später bekam er einen zweiten Anfall, nach dem die rechte Seite schwach blieb, doch war die Sensibilität völlig erhalten. Pupillen waren gleich, keine Ptosis. Herz leicht verbreitert, blasendes systolisches Geräusch, am deutlichsten an der Spitze. Alle Sehnenreflexe normal. Temperatur normal, Puls 80, Athmung 24. Retinalgefässe gewunden. Therapie: Eisblase, Calomel, Jodkali. Convulsionen wiederholten

sich und zwar auf der ganzen rechten Seite, $^3/_4$ Stunden anhaltend. Pat. wurde somnolent und unfähig, den rechten Arm zu heben, zu sprechen oder die Zunge zu bewegen. Albumen im Urin. Temperatur stieg, Athmung wurde erschwert. Nach einigen Tagen Exitus. Section ergab linksseitigen Gehirnabscess. Ferner zeigte sich das Foramen ovale offen, ein Defect im Interauricular-Septum, für 3 Finger durchgängig, ein ebensolcher im Ventricular-Septum. Im Wurmfortsatz zeigt sich eine submucöse Rundzelleninfiltration, deren Centrum necrotisch ist und welche die Quelle für den Gehirnabscess abgegeben zu haben scheint. — Klinisch interessant ist in diesem Fall, dass Pat. trotz dieser grossen Defecte den schwierigen Beruf als Matrose bis zuletzt ausüben konnte und nur durch den Gehirnabscess ernstlich erkrankte; ferner, dass für den Hirnabscess nur die Entzündung des Wurmfortsatzes als Ursprungsstelle angesprochen werden kann. Pathologisch interessant ist hierbei der grosse Mangel in der Entwickelung der Septen der Atrien; die Kleinheit des linken und die Grösse des rechten Herzens; auch waren die vorderen Zipfel der Mitralklappe und die Chordae endineae der vorderen Seite in eigenthümlicher Weise angeordnet.

Gladman (14) theilt einen Fall von infectiöser Endocarditis mit, der einen 45jährig. Mann betrifft, welcher seit 10 Jahren an von Zeit zu Zeit auftretenden biliösen Anfällen litt. Plötzlich trat Schwindel und Erbrechen auf, und Schmerzen in der Nabelgegend stellten sich ein, die nach der Leber hin ausstrahlten. Fieber, voller, schneller Puls, Verstopfung war jedesmal dabei zu beobachten. Das Erbrechen war beständig, ebenso starkes Rülpsen, und Flatus gingen mehrere Tage hindurch auf. Für 1—2 Wochen war Pat. jedesmal bettlägerig. Die Anfälle traten in Zwischenräumen von $^1/_2$ Jahr ab. Ein ganzes Jahr war Pause, da bekam Pat. wieder einen sehr heftigen Anfall. Nach heissen Darmausspülungen mit Bismuth etc. liessen die Beschwerden nach. Die Herzaction war intermittirend, durch Strychningaben wurde der Puls wieder voll und regulär. Wegen heftiger Schmerzen im Epigastrium, die in den Rücken ausstrahlten, bekam Pat. Morphium. Sein Appetit nahm ab, er magerte stark ab. Epigastrische Pulsationen stellten sich im letzten Monat ein. Sputum und Urin ergaben keinen Anhaltspunkt, Leberabscess suspect. Aortentöne sehr laut. Petechien stellten sich auf der ganzen Haut ein, namentlich an Händen und Füssen. Verschiedene Gelenke wurden ergriffen, schwollen an und wurden sehr schmerzhaft. Auf dem linken Stirnbein erschien eine wallnussgrosse Verdickung, die schmerzte. Beiderseits trat zuletzt Lungenödem auf und Collaps, auch Ascites stellte sich ein. Section ergab das Herz, namentlich das linke, beträchtlich vergrössert. Arcus aortae erweitert und mit Kalkplatten bedeckt. Lungen emphysematös. Leber vergrössert, fettig degenerirt. Milz vergrössert. Vorderer Zipfel der Mitralklappe verdickt und mit Fibringerinnseln bedeckt. Zipfel der Aortenklappe unregelmässig verdickt. Im rechten Aortenklappenzipfel zeigt sich ein atheromatöser Abscess, der nach dem Myocard und dem Ventrikel perforirt, und breite Vegetationen. Beide Klappen sind stenosirt. Aorta und Anonyma sind verdickt und zeigen fibröse und kalkige Auflagerungen; Coronararterien ebenso. In den Vegetationen der Herzklappen wurde ein Diplococcus lanceolatus gefunden.

5. Angeborene Herzerkrankungen.

1) Zehnter, Ein Fall von angeborener allgemeiner Enge der Aorta mit einem Defect in der Ventrikelscheidewand. Inaug.-Dissert. Erlangen. — 2) Gerard, A case of dextrocordia. The Lancet. April. — 3) Maclennan, A case of dexio-cardia without displacement of other viscera. The British medical Journal. 31. Octob. — 4) Steiner, Ueber angeborene und erworbene Dextrocardie nebst einem Fall von erworbener Dextrocardie in Folge rechtsseitiger Schrumpfungspleuritis. Inaug.-Dissert. Berlin. — 5) Sobierajczyk, Zur Casuistik der Dextrocardie nebst Beschreibung eines diesbezüglichen neuen Falles. Inaug.-Dissert. Berlin.

Zehnter (1) theilt einen Fall von angeborener allgemeiner Enge der Aorta mit einem Defect in der Ventrikelscheidewand bei einem 29jährigen Gärtnergehülfen mit. Pat. hatte in der Jugend keinerlei Beschwerden, bis auf ein lästiges, oft wiederkehrendes Nasenbluten. Als er 16 Jahre alt war, traten zum ersten Mal stärkere Beschwerden auf, wie Herzklopfen und Kurzathmigkeit. Im Alter von 22 Jahren acquirirte er einen Gelenkrheumatismus, ein Jahr später lag er 7 Wochen krank an einer „Herzbeutelentzündung". Vor einem Jahr merkt Pat., dass das Athmen ihm schwer fällt und dass die Beine angeschwollen sind. Starkes Oedem der unteren Extremitäten. Pat. befindet sich zu Bett meist in Rückenlage mit erhöhtem Oberkörper und zeigt Neigung zur rechten Seitenlage. Gesicht stark cyanotisch, Sclera deutlich gelblich. Halsvene nicht pulsirend. Herzdämpfung nach rechts einen Finger breit das rechte Sternum überragend, Spitzenstoss im 6. Intercostalraum, 2 cm ausserhalb der l. Mamillarlinie Puls 108; klein, unregelmässig. An der Herzspitze ein leises, aber sehr deutliches systolisches Geräusch, leise hörbarer 2. Ton und nach demselben hörbar ein 2. diastolisches Geräusch. 2. Pulmonalton accentuirt. Aortentöne unrein, erster Ton undeutlich. Albumen. Milz- und Lebervergrösserung. Trotz starker Digitalisdosen keine wesentliche Besserung. Auf jeden Puls auf dem Herzen folgt ein Bigeminus, der eigentlich aus zwei kürzeren Geräuschen besteht. Am Tage darauf am Herzen ein blasendes, ziemlich lautes systolisches Geräusch und einen klappenden 2. Ton; kein Bigeminus. Subjectives Befinden ziemlich gut. Diurese trotz aller Diuretica sehr schlecht, stets Albumen. Durch Hautdrainage wurden 2 mal ca. je 800 ccm seröse Flüssigkeit abgezapft. Allmälig nimmt die Herzerweiterung etwas ab, ebenso die Cyanose und die Oedeme. Nach Digitalis tritt regelmässig am Herzen beim Pat. Bigeminie dagegen keine Abnahme der Stauungserscheinungen öftere Hautdrainage. Allgemeinbefinden wird schlecht; am r. Unterschenkel tritt Hautnecrose auf, nach Pseudoerysipel. 2 Monate nach der Aufnahme in die Klinik Exitus. Klinische Diagnose: Insufficienz und Stenose der Mitralis. Sectionsbefund: In beiden Lungenspitzen alte

tuberculöse Narben. Herz ungeheuer gross, beide Ventrikel hochgradig erweitert und verdickt; d. l. Ventrikelhöhle hat einen Querdurchmesser von 6 cm, die rechte von $5^1/_2$ cm. Aortenostium enger, gerade unterhalb desselben befindet sich am hinteren Theil des Septum ventriculorum, oben vom Septum membranaceum begrenzt, ein für 1 Finger bequem durchgängiges Loch, welches in den r. Ventrikel führt und nach unten durch eine halbmondförmige, zarte, bindegewebige Falte begrenzt wird. Aorta sehr eng, der Abgang der grossen Gefässe 5 cm messend, am Isthmus selbst nur $3^1/_2$ cm. Art. thoracica $4^1/_2$ cm, Aorta abdominalis 4 cm, Iliacae 22 mm, Crurales 16 mm. Foramen ovale spaltförmig offen. — Es handelt sich also um ein vollständig verengtes arterielles System und um einen Defect im Septum ventriculorum. Ausserdem war noch an der Pulmonalis eine Tasche insufficient. Durch den angeborenen Herzfehler entstand zunächst eine concentrische Hyperthropie des l., dann des r. Ventrikels, nun wurde das Pulmonalostinum insufficient, wodurch der Druck rechts höher wurde als links, der r. Ventrikel musste daher excentrisch hypertrophiren. Bei jeder Contraction entleerte sich der r. Ventrikel zum Theil in den unter geringerem Druck stehenden linken Ventrikel und so musste mit der Zeit auch der l. Ventrikel excentrisch hypertrophiren. — Das Pulmonalostinum war höchst wahrscheinlich schlussunfähig geworden durch den Gelenkrheumatismus und die daraus erfolgte Endocarditis. — Für gewöhnlich bieten Kranke mit Aortenstenose ein blasses Aussehen dar, nicht wie in diesem Fall ein hochgradig cyanotisches.

Einen interessanten Fall von Dextrocardie bei einer 26jährigen Frau theilt Gerard (2) mit. Vor $2^1/_2$ Jahren hatte Pat. einen Rheumatismus durchgemacht und seit dieser Zeit klagt sie über Athemnoth und Herzpalpitationen. Pleuritis hat sie niemals gehabt. Der Puls war regelmässig, etwas rascher als gewöhnlich. Der Thorax war normal gewölbt, die rechte Brustwarze hob und senkte sich rhythmisch. Der Spitzenstoss machte sich durch ein Frémissement cataire bemerkbar, er lag in der rechten Seite, $^1/_2$ Zoll nach aussen vom Proc. ensiformis des Brustbeins. An der Stelle, wo normaler Weise der Spitzenstoss zu fühlen sein sollte, war keine Pulsation wahrzunehmen. Die Herzdämpfung fing an am ersten rechten Zwischenrippenraum, nach unten ging sie in die Leberdämpfung über, nach aussen reichte sie bis zur r. Achselhöhle. An der Spitze war ein doppeltes Geräusch hörbar, das sich nach allen Seiten fortpflanzte. Ueber der Pulmonalis fand sich gleichfalls ein Geräusch und zwar präsystolisch, an der Verbindungsstelle des rechten 6. Rippenknorpels mit dem Sternum. An der normalen Aortenstelle fand sich über der Aorta ein doppeltes Geräusch, das eine davon war am deutlichsten über dem Sternoclaviculargelenk. An der Stelle, wo normaler Weise die Pulmonalis sich vorfindet, war ein systolisches Geräusch hörbar, unabhängig vom Aortengeräusch. Verf. glaubt Pulsation der Retinalgefässe gesehen zu haben. — Da Pat. niemals Pleuritis oder eine acute Krankheit durchgemacht hat und da der Rheumatismus, an dem sie vor $2^1/_2$ Jahren gelitten, ausserst milde verlief, so hält Verf. die Dextrocardie für congenitalen Ursprungs.

Einen Fall von Dextrocardie ohne Verlagerung der übrigen Eingeweide bei einem 15jährigen Knaben theilt Maclennan (3) mit. Patient hat nie eine Krankheit durchgemacht. In der rechten Brusthälfte zeigte sich eine Pulsation, die ganz den Character des Spitzenstosses hatte und sich bei näherer Untersuchung als solcher ergab. Die Brust ist wohlgebildet, die linke Schulter ist etwas höher als die rechte, dies ist aber auch die einzige Unregelmässigkeit in der Körperbildung des Knaben. Die Percussion über der ganzen linken Lunge ergiebt lauten Lungenschall, über der rechten Brustseite hört man die Herztöne deutlich und völlig rein, die absolute Herzdämpfung geht unmittelbar in die Leberdämpfung über. Die übrigen Organe waren völlig normal und in richtiger Lagerung. Anamnese vollkommen negativ. Wahrscheinlich hat in utero während der Entwickelung der Frucht eine Zeit lang ein Stillstand in dem Wachsthum der rechten Lunge stattgefunden, die stärker entwickelte linke Lunge drängte das Herz auf die rechte Seite, in dieser abnormen Lage mag es vielleicht durch Entwickelung von Adhäsionen zurückgehalten worden sein und blieb nun hinter der rechten Lunge liegen und functionirte hier in völlig normaler Weise, gleichwie sonst auf der linken Seite.

Steiner (4) theilt in seiner Arbeit über angeborene Dextrocardie einen Fall von erworbener Dextrocardie in Folge rechtsseitiger Schrumpfungspleuritis bei einem 13jährigen Knaben mit. Die ersten Anfänge seines Leidens führt Pat. auf eine heftige Erkältung zurück. Pat. ist ein grosser, schlankgewachsener Knabe mit zartem Knochenbau. Respiration oberflächlich und etwas beschleunigt. Die rechte Thoraxhälfte bleibt gegen die linke zurück; in der Gegend der rechten Mamilla ist eine deutliche Palpation wahrnehmbar. Appetitmangel und heftiger Husten. Der Thorax erscheint rechts vom mittleren Sternum in Höhe der vierten und fünften Rippe ein wenig vorgewölbt. Der Herzspitzenstoss ist ziemlich genau der Stelle der rechten Mammilla entsprechend deutlich wahrnehmbar. Rechts vorn im Supra- und Infraclavicularraum beträchtliche Dämpfung mit tympanitischem Beiklang. Dieselbe reicht nach unten bis zum 3. Intercostalraum und geht in einen Bereich absoluter Dämpfung über, die sich nach rechts hin abwärts bis zur Mammilla erstreckt und unten von der Leberdämpfung nicht abgrenzbar ist. Ueber der ganzen linken Lunge ist verschärftes Vesicularathmen zu hören, besonders deutlich im linken Supra- und Infraclavicularraum; ausserdem zahlreiche trockene und feuchte Rasselgeräusche. Ueber der rechten Lunge besteht ausgesprochenes Bronchialathmen im ganzen oberen Umfang. Es wird theilweise verdeckt von reichlichen mittel- und grossblasigen Rasselgeräuschen. Stimmfremitus erheblich verstärkt, Bronchophonie. Die Herztöne, am deutlichsten in der Gegend der rechten Mammilla wahrnehmbar, sind rein, aber schwach und hin und wieder von unregelmässigem Rhythmus. Leichte

exspiratorische Abschwächung des Spitzenstosses, ebenso Pulsus paradoxus und ein inspiratorisches Kleinerwerden des Pulses nachweisbar. Die Untersuchung des schleimig-eitrigen Sputums auf Tuberkelbacillen liefert ein positives Resultat. Diagnose: Erworbene Dextrocardie in Folge rechtsseitiger Schrumpfungspleuritis. Vorgeschrittene Phthisis pulmonum mit Induration beider Lungen und rechts beginnende Cavernenbildungen. Regelmässig morgendliche Temperatursteigerung von 1—1½ Grad. — Ob die Phthisis oder die Pleuritis das ursächliche Moment für die Dextrocardie abgegeben hat, lässt Verf. zweifelhaft, doch neigt er sich mehr der zweiten Ansicht hin.

Sobierajczyk (5) theilt einen Fall von Dextrocardie bei einem 15jährigen Laufburschen mit, der seit frühem Kindesalter an Lungencatarrh leidet und über Stiche in der linken Brust klagt, aber nie Herzklopfen und Athemnoth gehabt hat. Pat. ist Linkshänder. Die linke Schulter steht etwas tiefer als die rechte, der untere linke Schulterblattwinkel steht der Wirbelsäule näher als der rechte. Die Wirbelsäule selbst zeigt eine geringe Convexität nach der linken Seite in der Gegend des 4. bis 6. Brustwirbels, während der ganze Brusttheil der Wirbelsäule bedeutend stärker gekrümmt ist als es gewöhnlich der Fall ist. Die Circumferenz der rechten Thoraxhälfte in der horizontalen Mammillarebene beträgt 36 cm, die der linken daselbst nur 32 cm. Rechts vom Sternum der 3. bis 6. Rippe scharf nach unten sich abgrenzend ist eine Hervorwölbung der Thoraxwand vorhanden. An der linken Thoraxwand ist eine Erschütterung weder sicht- noch fühlbar. Ueber der Incisura jugularis des Sternum ist deutliche Pulsation sicht- und fühlbar. In der Regio infraclavicularis sinistra sind Venendilatationen vorhanden. Rechts vom Sternum ist eine diffuse Erschütterung des Thorax sichtbar, sie wird deutlicher, wenn Pat. einige Laufbewegungen macht; es ist dies der Herzstoss. Im 4. linken Intercostalraum fühlt man ein wenig nach innen von der Mammillarlinie den sehr breiten Spitzenstoss. Links vom Sternum wird die sogenannte Herzdämpfung vollständig vermisst, rechts vom Sternum beginnt am oberen Rand der rechten Rippe eine Dämpfung, die etwa 1 cm tiefer einer ausgesprocheneren Dämpfung Platz macht, bis dieselbe im 4. linken Intercostalraum eine absolute wird, welche sich am oberen Rand der 5. Rippe nicht ganz bis zur Mammillarlinie erstreckt, nach links bis zum rechten Sternalrand reicht. Nach unten geht diese Dämpfung ununterbrochen in die Leberdämpfung über. Die Auscultation ergiebt eine abgelaufene interstitielle Pneumonie der linken Lunge und beiderseits chronische Bronchitis. Diagnose: Dextrocardie ohne Transposition der grossen Gefässstämme mit Hypertrophie des rechten Ventrikels. —

Verf. theilt hierauf noch 15 in der Literatur gefundene ähnliche Fälle mit und giebt eine ausführliche diesbezügliche Literaturangabe.

6. Neurosen des Herzens.

1) Schuster, Zur cardialen Bradycardie. Deutsch. med. Woch. No. 30. — 2) Bunzel, Ein Beitrag zur Lehre von der „essentiellen paroxysmalen Tachycardie." Prager med. Wochensch. No. 28 und 29. — 3) Loeser, Ueber paroxysmale Tachycardie. Virchow's Arch. 143. — 4) Kelly, Essential paroxysmal tachycardia, report of four cases. The medical and surgical reporter. October. No. 17.

Schuster (1) theilt einen Fall von cardialer Bradycardie mit, der ein 4jähriges Mädchen betrifft, das trotz der schweren Erkrankung genesen ist. Das Kind erkrankte an acutem Gelenkrheumatismus, nach Ablauf des acuten Processes stellte sich eigenthümliche Athmung ein, beschleunigt und etwas erschwert. Temperatur normal, Puls 90—100, weich, leicht unterdrückbar, regelmässig. An der Herzspitze ein starkes systolisches blasendes Geräusch. Der Spitzenstoss in der Mammillarlinie schwach zu fühlen, daher Dilatation des linken Herzens anzunehmen. Da Pat. bis dahin keine Herzstörungen gehabt, so mussten diese Symptome als eine Folge des Gelenkrheumatismus angesehen werden. Allmälig wurde bei strenger Bettruhe das Geräusch am Herzen zusehends schwächer, der Puls 80—90 noch leicht unterdrückbar, der Spitzenstoss noch in der Mammillarlinie. Plötzlich traten 5 Wochen nach Beginn des acuten Gelenkrheumatismus eigenthümliche Anfälle auf, die sich mit einer auffallenden Regelmässigkeit Abends, wenn das Kind bereits einige Stunden geschlafen hatte, wiederholten. Der Puls wurde klein, arhythmisch, sank in seiner Frequenz ganz erheblich, bis 35, die Temperatur sank ebenfalls bis 35,6, die Athmung wurde langsamer, unregelmässig und zeigte oft das Cheyne-Stokes'sche Phänomen. Während der Anfälle wurde das Kind sehr unruhig, es trat eine ganz profuse Schweissentwicklung auf. Alle Excitantien nutzten nichts. Der Anfall dauerte 1—3 Stunden, dann ruhiger Schlaf. Die Pulsfrequenz steigerte sich am Tage oft bis zu 140 Schlägen, Temperatur 37,5°. Etwa 3 Wochen lang kehrten diese Anfälle jeden Abend wieder und liessen dann allmälig an Intensität und Häufigkeit nach. Dann trat Herpes zoster auf, und die Anfälle wurden wieder schwerer. Als der Herpes verschwunden war, liessen auch die Anfälle nach. Als später Verdauungsstörungen auftraten, stellten sich auch die Anfälle wieder ein, um dann nach Aufhören des Darmcatarrhs für immer zu verschwinden. — Verf. glaubt an eine Myocarditis, hervorgerufen durch die Noxe des Gelenkrheumatismus. Es bildete sich eine acute Dilatation des linken Ventrikels aus mit secundärer relativer Insufficienz der Mitralis, daher das systolische Geräusch. Woher nun auf Grund dieser Myocarditis die Anfälle von Bradycardie entstanden, weiss Verf. nicht zu deuten.

Bunzel (2) theilt einen Fall von essentieller paroxysmaler Tachycardie bei einer 50jähr. Frau mit, die vor 2 Jahren plötzlich einsetzende Anfälle von Herzklopfen bekam, welche mehrere Stunden dauerten und plötzlich aufhörten. In letzter Zeit häufen sich derartige Anfälle, sie dauern manchmal tagelang und Pat.

giebt an, in der letzten Woche eigentlich nur stundenlang anfallsfreie Zeit gehabt zu haben. Hitzegefühl längs des Rückens kündigt ihr den kommenden Anfall an. Mit einem Male wird der palpirenden Hand der bis dahin gut tastbare Puls undeutlich tastbar, um einer schwach undulirenden Bewegung der Arterienwand Platz zu machen, wie eine solche für unser Gefühl durch sehr frequente, kleine Pulswellen hervorgerufen wird. Gleichzeitig verspürt Pat. ein ausgesprochenes Hitzegefühl längs des Rückens bis in den Kopf aufsteigend und leichten Schwindel, doch keine Uebelkeit. In den seitlichen Halsgegenden tritt eine äusserst schwellende, sehr starke, streng rhythmische Pulsation auf. Verf. spricht als pulsirendes Gefäss die beiden enorm dilatirten, aber dennoch sufficienten Bulbi venae jugularis an; es hatte sich eine relative Tricuspidalinsufficienz ausgebildet. Die Athmung während des Anfalls war nicht frequenter wie sonst. Spitzenstoss mässig hebend, keine starke systolische Erschütterung der Herzgegend, dagegen ziemlich starke epigastrische Pulsation. Sofort mit dem Einsetzen des Anfalls ist die absolute Herzdämpfung ganz enorm nach rechts und in der Längsausdehnung vergrössert. Es war also eine wesentliche Dilatation des gesammten Herzens, insbesondere aber des rechten Ventrikels und der beiden Vorhöfe, eingetreten. Die Auscultation ergab an allen Ostien sehr gut hörbare, ganz reine Töne, die dem Typus der embryonalen Herztöne ähnlich keine Herzpause erkennen lassen, indem sie zeitlich in gleichem Intervall von einander erscheinen und auch gleich laut gehört werden. In der Ruhe ergab sich bei der Pat. Stenosis valvulae mitralis. Die Pulsfrequenz während des Anfalls schwankte zwischen 156 und 164 Pulsschlägen. Die Pulscurve ergab, dass der Blutdruck während des Anfalls beträchtlich gesunken war. Lebervenenpuls deutlich vorhanden. Niemals Oedeme, dagegen im Gesicht reichlicher, kühler Schweiss. Das Ende des Anfalls stellt sich ganz plötzlich ein; Pat. giebt dabei an, ein Zucken des Herzens zu verspüren. Nach Coffein Besserung.

In seiner Arbeit über paroxysmale Tachycardie führt Loeser (3) die bekannte Thatsache an, worauf Bouveret und neuerdings von deutscher Seite Martius hingewiesen haben, dass Tachycardie als Symptom und als Krankheit getrennt zu betrachten und zu behandeln sind. Als Symptom ist die T. Begleiterscheinung der verschiedensten Störungen im Organismus, während bei der Krankheit der paroxysmalen T. bisher weder auf klinischem noch auf pathologisch-anatomischem Wege eine organische Erkrankung eines Theiles des Organismus nachgewiesen werden konnte. Ausserhalb der Anfälle bietet das Herz völlig normale Verhältnisse dar, im Anfall besteht enorm beschleunigte Action, kleiner, weicher Puls und oft noch Dilatation des Herzens. Nach Martius entsteht dann primär quasi eine Herabsetzung des Tonus der Herzmusculatur, aus welcher eine Dilatation resultirt; die T. wird so zur nothwendigen Consequenz der verminderten Arbeitsleistung des überdehnten Ventrikels. Sie hat die Bedeutung einer, und zwar lebenserhaltenden Compensation. Verf. sucht nun an der Hand eines beobachteten Falles von paroxysmaler T. den Nachweis zu führen, dass die Auffassung von Martius zum mindesten nicht für alle Fälle richtig sein kann und nicht immer eine Erweiterung des Herzens das Primäre an der paroxysmalen T. ist. Die Herzvergrösserung ist demnach nicht ein essentielles Symptom, sondern eine secundäre Complication der paroxysmalen T. Als Resumé seiner Arbeit legt Verf. folgende Thesen nieder: 1. Die paroxysmale T. ist als eigenartige Krankheit im Sinne von Bouveret und Martius von dem Symptom der T. streng zu trennen. 2. Die Herzdilatation ist ein häufiges, aber nicht nothwendiges Vorkommniss bei dieser Krankheit und kann daher nur als secundäre Complication, nicht als essentielles Symptom betrachtet werden. 3. Unsere mangelnden Kenntnisse der Pathogenese der p. T. verhindern eine einwandsfreie Erklärung dieser secundären Dilatation und lassen bezügliche Versuche als reine Speculationen erscheinen.

Vier neue Fälle von essentieller paroxysmaler Tachycardie theilt Kelly (4) mit. Allen vieren sind verschiedene Symptome gemeinsam, doch weist ein jeder von ihnen seine individuellen Sonderheiten auf. Zwei der Pat. waren männlich, zwei weiblich, das Alter variirt zwischen 22 und 60 Jahren, der Beginn der Erkrankung datirt aus dem 14. Lebensjahre bei der einen Pat., aus dem 50. bei dem ältesten der vier Patienten. Die Dauer der Erkrankung schwankt zwischen 3 und 12 Jahren. Das Wichtigste in allen 4 Fällen sind anfallsweise auftretende Attacken von ausserordentlicher Beschleunigung der Herzthätigkeit, ohne dass es möglich wäre, eine Ursache hierfür nachzuweisen. Fall 1 und 2 litten an Schwindel, der in inniger Beziehung zu den tachycardischen Anfällen zu stehen schien; in den beiden anderen Fällen war es ganz unmöglich, irgend eine Ursache für die Anfälle zu finden. In keinem der Fälle kann der Missbrauch von Alcohol oder Tabak oder irgend eine andere toxische Wirkung als Ursache angeschuldigt werden. In keinem der Fälle war es möglich, trotz genauester Untersuchung, eine Herzläsion zu entdecken. In 2 der Fälle war die Herzdämpfung während der Anfälle percutirt worden und erwies sich als ganz normal, ebenso war sie in der Zwischenzeit normal; auch bei den übrigen Fällen war sie in der anfallsfreien Zeit völlig normal. In 2 der Fälle traten während der Anfälle deutliche Symptome einer vasomotorischen Lähmung auf; in einem Fall trat kurz vor dem Anfall prämonitorisches Nasenbluten auf.

II. Krankheiten der Gefässe.

1) Barth, Plötzlicher Tod durch Verstopfung der rechten Kranzarterie. Deutsche med. Wochenschr. No. 17. — 2) Oestreich, Plötzlicher Tod durch Verstopfung beider Kranzarterien. Ebendas. No. 10. — 10) Pel, Aneurysma Aortae. Weekblad. 1895. 7. CVII. Nederl. Tijdschrift v. Geneeskunde. Dl. II. No. 23. — 4) Singer, Die klinischen Symptome der Arteriosclerose des Herzens. Prager med. Wochenschr. No. 8 bis 13 incl. — 5) Unruh, In vivo diagnosticirte Thrombose der Vena cava inferior, verursacht durch ein Endotheliom der Wand bei einem vierjährigen Kinde. Deutsche med. Wochenschr. No. 46. — 6) Piotrowski, Zur Lehre von den Veränderungen des Blutes bei organi-

schen Herzfehlern. Wiener klin. Wochenschr. No. 24. — 7) Högerstedt und Nemser, Ueber die krankhafte Verengerung und Verschliessung vom Aortenbogen ausgehender grosser Arterien. Zeitschr. f. klin. Medic. 31. Bd. Heft 1 u. 2. — 8) Groedel, Badecuren bei Arteriosclerose. Wiener med. Wochenschr. No. 16 u. 17. — 9) Schlesinger, Zur Diagnostik der Erkrankungen der Vena cava inferior. Deutsche med. Wochenschrift. No. 29. — 10) Haferkorn, Ein Fall von Lymphangiectasie und Lymphorrhagie (Beitrag zur Casuistik der Lymphangiectasien). Deutsches Arch. f. klin. Medicin. 56. Bd. — 11) Hoppe-Seyler, Ueber die Verwendung der Röntgen-Strahlen zur Diagnose der Arteriosclerose. Münch. med. Wochenschr. No. 14. — 12) Vogel, Zur Casuistik der Aneurysmen an den Arterien der Gehirnbasis. Inaug.-Diss. Erlangen. 1895. — 13) Sänger, Beitrag zur Statistik über Aneurysmen an der Gehirnbasis. Inaug.-Diss. Erlangen. 1895. — 14) Boranoff, Katharina, Beiträge zur Theorie der Flüssigkeitsentziehung in der Behandlung der Circulationsstörungen. Inaug.-Diss. Bern. 1895. — 15) Litten, Ueber eine physiologische und pathologische Erscheinung an den grösseren Arterien, zugleich ein Beitrag zur Diagnose der circumscripten Sclerose der Bauchaorta. Wiener med. Wochenschr. No. 40 u. 41. — 16) Fränkel, Beiträge zur Pathologie und Therapie der Aortenaneurysmen. Deutsche med. Wochenschr. No. 33. (Der Vortrag wird erst im nächsten Jahrgang veröffentlicht und dann auch an dieser Stelle referirt werden.) — — 17) Bum, Die mechanisch-gymnastische Behandlung von Kreislaufstörungen. Wiener med. Presse. No. 8 u. 9. — 18) v. Basch, Ueber Gefässstarre (Angiorhigosis). Ebendas. No. 6—10 incl. — 19) Haushalter et Etienne, Trois cas de thrombose de la veine cave inférieure. Gazette hebdom. No. 69. — 20) Carrieu, Aneurysme de la crosse de l'aorte, mort par rupture dans la trachée. Nouv. Montpellier méd. No. 41. — 21) Whittier, Arterio-Sclerosis. Boston med. and surgical journal. No. 24. (Discussion über einen von Prescott über Arteriosclerose gehaltenen Vortrag, der im selben Journal p. 588 veröffentlicht ist.) — 22) Clarke, A case of varicose aneurysm of the ascending aorta. The Lancet. 18. Jan. — 23) Rolleston, A case of sudden death due to embolism of one of the coronary arteries of the heart. The British med. journ. Nov. — 24) Samways, The left auricle in mitralstenosis: hypertrophie and dilatation. Ibidem. Nov. — 25) Finlayson, Aneurysm of the arch of aorta with diastolic murmur, but apparently competent valves. Glasgow journ. April. — 26) Finny, Magee, A case of sudden death due to thrombosis and advanced endarteritis of the coronary arteries. The Dublin journal of med. science. April. — 27) Elworthy, Case of dissecting aneurysm of aorta: rupture into pericardium. British med. journ. Febr. — 28) Gibson, Misconceptions regarding arterial elasticity. The Lancet. Sept. — 29) Sakorraphos, La flexuosité de l'artère temporale et sa signification chimique. Le progrès méd. No. 24. — 30) Bell, A case of thrombosis of the abdominal aorta. The British Journ. Oct. — 31) Tirén, O., Zwei Fälle von perforirendem Aortenaneurysma. Göteborg förhandlingar. 1895. p. 72—76. — 32) Stewart, D. D. u. J. L. Salinger, On the treatment of aneurysm by electrolysis through introduced wire: Report of a successful case. Americ. Journ. of med. Sciences. August. — 33) Korczynski, L., Aortenaneurysma. Chronische Lungenblutungen, Abscess durch Fehlschlucken, peribronchiale Tuberculose der linken Lunge und Druckatelectase des linken oberen Lungenlappens, irritirende fibröse Degeneration der Lunge und Pleura. (Polnisch.) Przeglad lekarski. No. 14. (Der Titel giebt die ganze Krankengeschichte wieder. Hieran knüpfen sich zahlreiche im Referat nicht wiederzugebende epikritische Bemerkungen. [**Spira**.]) — 34) Breganski, W., Epileptische Anfälle bei Arteriosclerose als Symptom von Circulationsstörungen. Ibidem. No. 2—3.

Barth (1) theilt einen Fall von plötzlichem Tod durch Verstopfung der rechten Kranzarterie mit, der einen 30 jähr. Mann betrifft; derselbe sank, ohne je nennenswerth krank gewesen zu sein, nach geringem Unwohlsein plötzlich todt zu Boden. Bei der Section ergab sich nichts, was mit Sicherheit auf überstandene Lues schliessen liess. Vor dem Eingang der rechten Kranzschlagader, dicht über der entsprechenden, halbmondförmigen Klappe, sass ein erbsengrosses Blutgerinnsel fest auf, so dass es den Eingang zu dieser Schlagader vollkommen verlegte. Das Gerinnsel selbst war unregelmässig höckrig, von graubrauner Farbe. Die Kranzgefässe waren auffallend leer und eingesunken. Es zeigt sich also in diesem Fall bei einem gesunden, jungen Individuum ein erbsengrosser Thrombus, der den Eingang zur rechten Kranzarterie verschliesst; es fehlen ausserhalb der Ansatzstelle des Thrombus alle Zeichen einer Intimaerkrankung, man muss daher annehmen, dass durch den ungünstigsten Zufall gerade an der verhängnisvollsten Stelle des Gefässsystems das erste atheromatöse Geschwür sich entwickelte, an welches sich der tödtliche Thrombus ansetzte. Das dem Tode voraufgegangene geringe Unwohlsein entsprach wohl nach Verf. dem bereits vorhandenen partiellen oder vielleicht auch schon vollständigen Verschluss der rechten Coronararterie; ob Arythmie bestanden hat, wie sie bei den Cohnheim'schen experimentellen Untersuchungen über den Einfluss des Coronararterienverschlusses auf die Herzaction sich einstellen, lässt sich leider nicht feststellen, da der Fall nicht klinisch beobachtet worden ist.

Der von Oestreich (2) mitgetheilte Fall eines plötzlichen Todes durch Verstopfung beider Kranzarterien ist dadurch als ausserordentliche Seltenheit ausgezeichnet, dass er einen jungen Mann von 32 Jahren betraf, der bis dahin nie krank gewesen war, und sich in der Brautnacht während des Coitus ereignete. Die Section ergab Folgendes: Dicht oberhalb der rechten Aortenklappe erhebt sich von der Wand der Aorta ein mit dünnem Stiel aufsitzender thrombotischer Körper von Kirschkerngrösse. Der Stiel und der nach oben und rechts gelegene Theil dieses Körpers besteht aus gelblich-grauer, trockner, der nach unten und mehr nach links gelegene Theil aus schwarzrother, etwas feuchterer thrombotischer Masse. Dieser kirschkerngrosse Körper ist um seinen Stiel leicht beweglich, und wird bei der Eröffnung des Herzens in der Weise nach unten hängend gefunden, dass er die Abgangsöffnung der Art. coronaria dextra vollständig verdeckt. Die rechte Coronararterie ist in ihrem weiteren Verlauf ein wenig mit flüssigem Blut gefüllt, ihre Wand zart, dünn, nur an einzelnen Stellen leicht gelblich gefleckt, frei von Verkalkungen. Im Anfangstheil der linken Kranzarterie sitzt ein etwa 1 cm langer, gelblich-grauer Embolus, dessen Beschaffenheit dem gleichartigen Theil jenes vorher beschriebenen Thrombus entspricht. Die l. Kranzarterie enthält in ihrem weiteren Verlauf nur wenig flüssiges Blut, die Wand ist zart, nur vereinzelt gelblich gefleckt. Dicht oberhalb der linken Aortenklappe

ist die Intima der Aorta ein wenig gelblich gefleckt, verdickt, zeigt mehrere ganz kleine atheromatöse Geschwüre. Der übrige Theil der Aorta ist durchaus glattwandig, nirgends sclerotisch, im Brust- und Bauchtheil gelblich gefleckt (Fettmetamorphose der Intima.) — Dieser Fall muss als ein sehr seltener und besonders unglücklicher bezeichnet werden in Folge der so frühzeitigen Arteriosclerose mit Bildung atheromatöser Geschwüre, der in der Aorta seltenen polypösen Form parietaler Thrombose, des eigenthümlichen Sitzes dieses Thrombus und in Folge des Verschlusses beider Kranzarterien.

Pel (3) theilt einen sehr interessanten Fall eines Aortenaneurysma bei einem 51 jährigen Mann mit, der bei Glätte auf der Strasse hinfiel und, da er die Hände in den Taschen des Ueberziehers hielt, direct auf die Brust fiel. Die linke Schulter blieb eine Zeit lang schmerzhaft, sonst schien der Unfall ohne Folgen zu bleiben. $^1/_2$ Jahr später trat auf der rechten Seite der oberen Brusthälfte ein rother Fleck auf, der bald schmerzhaft wurde, bald darauf zeigte sich eine erbsengrosse Anschwellung. Die Schmerzen und die Anschwellung nahmen allmälig zu, auch stellte sich Pulsiren in der Geschwulst ein. Der Durchmesser der Prominenz 9 cm, die Höhe 3—4 cm. Aus dieser Zeit stammt die der Arbeit beigegebene Photographie. $2^1/_2$ Jahr blieb der Zustand so unverändert, die Schmerzen waren gering, so dass Pat. die Beschäftigung wieder aufnehmen konnte. Dann plötzlich Verschlimmerung und Wachsthum der Geschwulst innerhalb drei Wochen; die Schmerzen wurden stark und Kräfteverfall trat ein; die Bewegungen wurden erschwert, weil schmerzhaft, doch keine Dyspnoe und kein Herzklopfen. Lues wird abgeleugnet, Anamnese und Befund negativ. Allmälig wurden die sternalen Rippenenden durch das Aneurysma usurirt, die Prominenz beträgt 10 cm, der Durchmesser 5 cm, der Tumor pulsirt in allen Richtungen. Allein die darüber befindliche Haut ist unversehrt, alles übrige ist usurirt, in der Mitte ist die Haut dunkelroth, an den Seiten blau. Ganz auf der Spitze zeigt sich ein erbsengrosses schwarzes Fleckchen. Die Sensibilität der Haut ist nicht erloschen. Das linke Herz ist dilatirt; Spitzenstoss schwach, ausserhalb der Mammillarlinie, keine Herzgeräusche, zweiter Aortenton rein. Ueber dem Tumor 2 reine Töne. Linker Recurrens paretisch, die linke Brusthälfte bleibt beim Athmen zurück, keine Veränderung des Pulses. Arterien der Peripherie geschlängelt. An beiden Beinen kupferfarbige kleine Flecke, am Rücken eine Gruppe von Papeln in Ringform. Diagnose: Aneurysma des Arcus aortae und auch der Aorta ascendens. — Bemerkenswerth sind bei diesem Fall Grösse, Form und Umfang des Aneurysmas. Alle Weichtheile sind bis auf die Haut usurirt. Der traumatische Ursprung in diesem Falle ist klar. Lues ist nicht erwiesen, doch suspect, die Flecken auf der Haut sind verdächtig. Statistisch ist nachgewiesen, dass meist in dergleichen Fällen Lues vorhanden ist, durch welche die Arteriosclerose hervorgerufen ist; daher ist meist der Gebrauch von Jodkali von gutem Erfolg, doch kommen auch spontane Heilungen vor. Auch bei diesem Pat. waren 3 Jahre lang nur ganz geringe Veränderungen des Aneurysmas sichtbar. Die Herztöne waren rein, keine Insufficienz der Aortenklappen. Die Communication des Aneurysmasackes mit dem Lumen der Aorta war wahrscheinlich sehr enge, denn sonst wäre die Haut schon längst durch das strömende Blut usurirt worden. Trotzdem schwebt Pat. in ständiger Todesgefahr, denn jeden Augenblick kann der Sack platzen und Pat. verbluten. Therapie: Ev. Galvanopunctur. Abführmittel, damit nicht bei der Defäcation ev. Ruptur eintritt. Pat. weist jeden operativen Eingriff zurück und verlässt das Spital in demselben Zustande, in dem er es aufgesucht.

In seinem in der Section Teplitz gehaltenen Vortrag über die klinischen Symptome der Arteriosclerose des Herzens streift Singer (4) zunächst die Frage, ob wir Mittel an der Hand haben, die A. frühzeitig zu diagnosticiren, bevor noch ausgesprochene Herz- oder Visceral-Symptome entwickelt sind, und bejaht dieselbe. Es sind dies die von Huchard sogenannten extracardialen Symptome der Arteriosclerose, zu ihnen gehören hochgespannter Puls und laut accentuirter zweiter Aortenton, ferner Schwindel beim Aufstehen, Unfähigkeit zu geistiger Arbeit und Erblassen und Erkalten der Extremitätenspitzen (doigt mort.) Verf. geht sodann zu den eigentlichen Symptomen der A. über und bespricht zunächst die Angina pectoris; sodann diejenigen Fälle der arteriosclerotischen Veränderungen des Herzens, bei denen Veränderungen im Rhythmus und der Geschwindigkeit des Herzschlages in den Vordergrund treten, den arhythmischen und tachycardischen Typus Huchard's. Verf. macht auf den Umstand aufmerksam, dass viele Fälle von „essentieller Tachycardie“ oder „Vagusneurose“ zweifellos auf einer organischen Erkrankung des Herzens beruhen. Es können aber auch andererseits im Verlaufe einer Neurose Symptome auftreten, die man sonst nur bei organischen Erkrankungen zu sehen gewöhnt ist. — Der merkwürdigste Symptomencomplex der A. des Herzens ist der bradycardische Typus Huchard's oder ist die Krankheit von Adams-Stokes. Der Puls kann sich auf 20, ja 5 Schläge in der Minute verlangsamen. Hierzu kommen Anfälle von Bewusstseinsverlust mit Hinstürzen, welche bald an apoplectische, bald an epileptische Anfälle erinnern, doch bleiben niemals irgend welche Lähmungserscheinungen nach dem Anfall zurück. Verf. theilt 3 selbst beobachtete Fälle hiervon mit. Dieser merkwürdige Symptomencomplex ist theoretisch noch ziemlich dunkel. — Die letzte grosse Gruppe ist der asystolische Typus Huchard's; hierher gehören jene Fälle, wo sich das Krankheitsbild des „nicht compensirten Herzfehlers“ entwickelt, Cyanose, Dyspnoe, Oedeme, Stauungserscheinungen im Pfortadergebiet, Lungenstenose und Infarcte. Ausser diesen Typen kommen Uebergänge und Combinationen vielfach vor. — Huchard glaubt in der consequenten Darreichung von Jodkali ein specifisches Mittel gegen die A. des Herzens gefunden zu haben, Verf. bezweifelt dies.

Unruh (5) theilt einen Fall von in vivo diagnosti-

eirter Thrombose der Vena cava inferior bei einem einjährigen Kind mit, hervorgerufen durch ein Endotheliom der Wand. Das Kind ist matt, nicht benommen, fieberlos, sieht sehr blass aus. Puls 100, kräftig. Pralles Oedem beider Unter- und Oberschenkel, kein Ascites. Spuren von Albumen, Vergrösserung der Leber trat ein, bis zur Mitte des Leibes, von weicher Beschaffenheit, glattrandig und auf Druck schmerzlos. Meteorismus. Pericardialer Erguss. Compression der linken Lunge. Das Anasarca wird als vermuthlich durch Verschluss der unteren grossen Hohlvene verursacht angesehen. Unter zunehmender Dyspnoe, Collaps, Herzschwäche erfolgt Exitus letalis. Bei der Section zeigen sich die Lebervenen durchweg in ihren grösseren Aesten durch rothe, derbe, adhärente Thromben ausgefüllt. Ein Thrombus von gleicher Beschaffenheit nimmt das Lumen der Vena cava inferior ein, etwa von der Höhe des unteren Leberrandes an bis nahe an die Einmündungsstelle in den rechten Vorhof. Eine ringförmig das Gefäss umgreifende und seine Wand substituirende, weissliche derbe Geschwulst, hat ihren Sitz in der oberen Hälfte der thrombosirten Venenpartie und erstreckt sich mehrere mm weit in das Gewebe des Vorhofs. Die äussere Oberfläche des Tumors ist höckrig und uneben. Die Begrenzungsfläche des Thrombus ist hüglig infolge knotiger Protuberanzen der degenerirten Wand, welche das Lumen überaus beeinträchtigen. Die microscopische Untersuchung des Tumors ergiebt, dass derselbe zur Gruppe der Endotheliome gehört und dass die erwähnten Thromben der grossen Gefässe in ihren peripherischen Schichten sich zu organisiren beginnen. Nahe an den Einmündungsstellen der grossen Lebervenen in die Cava finden sich Geschwulstmassen in den äusseren Schichten jener.

Der Widerspruch zwischen den einzelnen Autoren, von welchen die einen eine Bluteindickung, die andern eine Verdünnung desselben als für chronische Herzerkrankung giltig annahmen, ist nach Piotrowski (6) dahin geklärt worden, dass augenscheinlich beiderlei genannte Zustände bei Herzkranken, oft sogar bei einem und demselben Individuum, im Blut nach einander vorkommen können. Ueber die Ursachen dieser Unterschiede hat Verf. Untersuchungen angestellt, indem er bei Herzkranken, bei denen Hydrops und Oedeme bestanden, fortlaufend durch Wochen und Monate die Blutkörperchenzahl und den Wasserbaushalt des Körpers neben einander controlirte. Vergleicht man die beobachteten Schwankungen der Harn- resp. Körpergewichtswerthe mit den im gleichen Zeitpunkt erhobenen Blutkörperchenzahlen, so wirkt die relative Constanz der letzteren überraschend. Es scheint daher nach Verf. ein erheblicher Einfluss der Wasserbilanz des Körpers auf den Zustand des Blutes bei Herzkranken nicht wahrscheinlich. Trotzdem kann ein solcher, wenn auch innerhalb engerer Grenzen wie beim Gesunden, auch bei diesen Kranken bestehen. Ausser den vom Verf. angestellten Beobachtungen sprechen gegen die Annahme eines erheblichen Einflusses der Störung der Wasserœconomie des Körpers auf die Blutkörperchenzahl auch noch die Resultate der Versuche Czerny's über Bluteindickung. Ein wichtiges Moment betheiligt sich sicher mit an dem wechselvollen Blutbefunde bei Herzkranken, das ist der Blutdruck und seine Schwankungen. Senkung des Blutdrucks verursacht Blutverdünnung, Steigerung dagegen Dichtenzunahme des Blutes. Verf. fand auch bei seinen Pat. bei Sinken des Blutdrucks, bei Ueberanstrengung des Herzens, Herzklopfen und Dyspnoe, eine Abnahme, bei Blutdrucksteigerung eine Zunahme der Erythrocyten in der Raumeinheit des Blutes. Es ist Verf. nicht gelungen, eine auf Thatsachen gestützte Theorie für die Polycythaemie der Herzkranken aus seinen Untersuchungen abzuleiten.

Högerstedt und Nemser (7) veröffentlichen drei Fälle von Verengerungen grosser Arterien, einen von Atresie des Ursprungs der Art. subclavia sin., einen von Atresie der Art. anonyma an ihrem Ursprung und einen dritten von Obliteration der Anonyma und der ganzen rechten Subclavia, Axillaris, Brachialis und ihrer beiden Verzweigungen. Ueberraschender als die Seltenheit dieser Fälle wirkt die in der Mehrzahl dieser Fälle bemerkte auffallende Thatsache, dass nach Ausschaltung eines oder selbst mehrerer solcher Magistralrohre des Arteriensystems die dauernde Ausgleichung ohne wesentliche Beeinträchtigung des resp. der betroffenen Gefässbezirke stattgefunden hatte. — An den Verschlüssen der grossen aus dem Aortenbogen entspringenden Gefässe, sofern es sich um Stenosirung ihrer Ostien handelt, hat die Arteriosclerose einen grossen Antheil; oft handelt es sich auch um Endarteriitis obliterans. Andere Autoren fordern, dass der Ausdruck Arteriitis obliterans zu streichen sei, da es sich nicht um ein directes Zuwachsen des Gefässrohres, sondern um Thromben und Organisation, also um Substitution handle. Denn es lasse sich die Sclerose der Intima bis weit in die Peripherie verfolgen, nicht aber der Gefässverschluss, welcher nur bis zu den Art. digitales reiche und durch centralwärts fortschreitende Thrombose bedingt sei. Gestützt auf die bei Syphilitikern beobachtete Obliteration der Carotides internae hatte Lancereaux gefolgert, dass es eine specifisch syphilitische Arteriitis gebe, welche ausser den Hirnarterien mit Vorliebe auch die Carotiden befalle. Verf. könne dies nicht bestätigen. — Das klinische Bild der verbreiteten Obliteration der grossen Arterien ist kein abgerundetes, der Arteriosclerose und der durch sie vermittelten Thrombose ist hierbei der erste Platz anzuweisen.

Groedel (8) sucht das Vorurtheil zu bekämpfen, dass Bäder bei Arteriosclerose nicht nur nicht angezeigt, sondern sogar gefährlich seien. Er zeigt zunächst, dass eine durch Blutdrucksteigerung bedingte Gefahr für Personen mit Sclerose der Arterien bei einer Badecur gar nicht vorhanden ist, bezw. vermieden werden kann. Statthaft, resp. geeignet sind Bäder, deren Temperatur nur einige Grad unter der normalen Körpertemperatur liegt. Besonders vortheilhaft zeigt sich der Gehalt eines Bades an Kohlensäure, namentlich wenn man kühlere Badetemperaturen anwenden möchte, doch ist es auch bei diesen nicht rathsam, unter 31 ° C. herabzugehen. Ausserdem lässt Verf. solche Patienten

nur langsam den Körper unter Wasser bringen, befeuchtet den Körper vor dem Einsteigen ins Bad, um schon vorher einen partiellen Kältereiz auszuüben und lässt kalte Compressen oder eine Eiskappe auf den Kopf des Badenden legen, um nach Winternitz hierdurch einen stärkeren Tonus der Gehirnarterien und damit Vermeidung acuter congestiver Zustände zu bewirken. Badecuren sind oft eines anderen Leidens wegen, das zufällig mit Arteriosclerose complicirt ist, indicirt, und auch die Arteriosclerose selbst, resp. damit verbundene consecutive Zustände können nach Verf. eine Badecur zweckdienlich erscheinen lassen. Verf. ist der Ansicht, dass wir sicher im Stande sind, durch Badecuren gewissen Zuständen, welche von ätiologischer Bedeutung sind, entgegenzutreten. Eine wichtigere Bedeutung aber haben Badecuren gegenüber den durch sie bewirkten secundären Veränderungen, speciell in Bezug auf das Herz und seine Thätigkeit, indem sie die Störungen im Kreislauf heben und reguliren. Auch wirken sie auf die Blutbeschaffenheit, vielleicht auch auf die Gefässinnervation und Nutrition günstig ein. Die Badecuren sind also, bei Arteriosclerose entsprechend eingerichtet, nicht nur ohne Gefahr, sondern wir sind in der Lage, mit ihnen in verschiedener Beziehung Nutzen bei Arteriosclerose zu stiften.

Schlesinger (9) bespricht das Vorkommen einseitiger Oedeme bei Erkrankungen der Vena cava inferior und die Wichtigkeit derselben für die Diagnose. Geht man den Bedingungen nach, unter welchen einseitige Schwellungen bei Affectionen der Hohlvene zu Stande kommen, so findet man dieselben zumeist in rein mechanischen Momenten gegeben. Es wird sich unilaterales Oedem (der unteren Körperhälfte oder der Beine allein) namentlich dann entwickeln, wenn auf einer Seite mächtige Collateralbahnen vorgebildet sind, so dass der Effect der Stauung vorwiegend nur auf einer Seite zum Ausdruck gelangt. Verf. hat nachfolgende Bedingungen für das Auftreten einseitiger Oedeme bei Erkrankungen der Cava inferior ausfindig gemacht: 1. Wenn schon in früherer Zeit (etwa in Folge einer Phlebitis) ein Verschluss einer Vena iliaca stattgefunden hat, und das venöse Blut auf anderen Wegen dem oberen Abschnitt der unteren Hohlvene oder dem Herzen zuströmt. 2. Wenn die Thrombose der Hohlvene von dem Verschluss einer Vena iliaca aus fortgesetzt ist und der Thrombus der Vena cava durch längere Zeit nur wandständig bleibt, so dass das Blut des anderen Beins zum Theil durch die Cava, zum Theil auf dem Wege rasch sich erweiternder Collateralen zum Herzen sich entleert. 3. Wenn von vornherein so mächtig entwickelte Nebenbahnen für den Abfluss des venösen Blutes aus den unteren Extremitäten bestanden, dass sogar die Verlegung der Vena iliaca keine hochgradige Stauung im venösen Systeme des betreffenden Körperabschnittes hervorrufen konnte. 4. kann mitunter die untere Hohlvene doppelt sein; sollte also ein Oedem nur halbseitig bleiben, so wird, wenn andere Erscheinungen auf die Vena cava hinweisen, auch diese Möglichkeit (Verdoppelung derselben) nicht von der Hand zu weisen sein.

Während in den bisher beschriebenen Fällen, in denen „Leucorrhoe" gleichzeitig mit Lymphorrhagie der äusseren Haut bestand, eine lymphangiectatische Veränderung der Scheidenschleimhaut als Ursache dieses Flusses wohl angenommen, aber nicht beobachtet wurde, theilt Haferkorn (10) einen Fall bei einem 11jährigen Mädchen mit, bei dem eine Ausbreitung des lymphangiectatischen Processes auf der Scheidenschleimhaut der kleinen Labien, des Hymens und der unteren Hälfte der Scheide constatirt werden konnte. Die rechte Schamlippe hat nahezu die doppelte Grösse der linken. Die Schwellung ist eine gleichmässige, entzündliche Erscheinungen sind nicht vorhanden. Auf der Höhe der rechten Labie ist die Epidermis in Form höckriger Blasen vorgewölbt, die Blasen sind gelblichweiss durchscheinend. Am Eingang der Scheide geringe weissliche Secretion. Das ganze rechte Bein ist im Verhältniss zum linken dicker in Folge Verdickung der Haut und Vermehrung des Unterhautzellgewebes. Auf Anstechen des grössten Bläschens an der rechten grossen Schamlippe entleeren sich in 10 Stunden 300 ccm milchiger Flüssigkeit, die alkalisch reagirt, beim Kochen vollständig gerinnt und nach kurzer Zeit ein röthlich gefärbtes Coagulum absetzt. Microscopisch zeigte sich spärlicher Gehalt an Lymphocyten und rothen Blutkörperchen im Verhältniss 2 : 3. Nach Bettruhe schwoll das rechte Bein etwas ab, nahm aber regelmässig nach Umhergehen wieder zu. Das Bein wurde elastisch eingewickelt, das Kind nahm Salzbäder und bekam Secale, doch ohne Erfolg. Die Leucorrhoe ist nach Verf. eine Absonderung von Lymphe aus kleinen Spalträumen der sich in die Scheide vorwölbenden Ectasien. — Im Anschluss an diesen Fall fügt Verf. an der Hand mehrerer aus der Literatur zusammengestellter Fälle eine kurze Beschreibung der Lymphangiectasien und der im Verlaufe derselben auftretenden Lymphorrhagien hinzu. Das klinische sowohl wie das histologische Bild der Lymphangiectasie geht allmälig in das der Elephantiasis über. Der Krankheitsverlauf ist fast stets ein chronischer. Durch innere Behandlung wurde nie positiver Erfolg erzielt. Nur durch operative Behandlung, bestehend in keilförmigen Excisionen, ausgiebigen Incisionen und Amputationen sind zeitweise und auch dauernde Erfolge erzielt worden. Die Aetiologie ist auf eine congenitale fehlerhafte Anlage (abnorme Weite der Lymphspalten, Schlaffheit der Lymphgefässwandungen) zurückzuführen. Die Entstehung wird begünstigt durch Stauungsprocesse.

Beim Bekanntwerden der Entdeckung von Röntgen dachte Hoppe-Seyler (11) daran, ob in Folge von Arteriosclerose verkalkte Gefässwände etwa sich ähnlich wie Knochen verhalten, also ein Hinderniss für die Passage der Strahlen abgeben würden. War dies der Fall, so konnte es gelingen, Arteriosclerose in der Tiefe dicker Weichtheilmassen da nachzuweisen, wo die Palpation kein Resultat mehr ergab. Ein an einem amputirten Unterschenkel mit A. angestellter Versuch gelang vollkommen, die verkalkten Gefässe zeigten sich als 2 geschlängelte schmale Bänder. Da der Kalk in den Gefässen sehr compact ist, so ist es nicht zu verwundern, dass eine so dünne Kalkschicht wie sie sich in den arteriosclerotischen Gefässen befindet, ein so

bedeutendes Hinderniss für die Röntgen-Strahlen abgiebt, da ja ein grosser Theil des Knochens spongiös zu sein pflegt und das Knochengewebe auch die Knochencanälchen etc. enthält, Bestandtheile, die leicht durchlässig sind. — Auch am Lebenden hat Verf. dann derartige Versuche gemacht, und zwar bei einem 74jährigen Arbeiter. An der Radialis und Brachialis, sowie an den kleineren Gefässen des Kopfes und der Füsse zeigte er deutliche Schlängelung und harte Verdickung der Wandung. Nachdem bei kürzerer Durchstrahlung der Hand kein gutes Resultat erhalten war, sondern nur die Knochen einigermaassen hervortraten, wurde die Hand etwas über eine halbe Stunde durchstrahlt. Auf der so gewonnenen Platte sieht man deutlich neben dem Metacarpus V an dessen Innenseite einen etwa stricknadeldicken Streifen entlang verlaufen. Es handelt sich wohl um einen Ast der Art. ulnaris, der zum kleinen Finger zieht, am Capitulum des Metacarpus verschwindet und auch am Carpalrande zum Theil verdeckt ist. Ausserdem sieht man einen kurzen ähnlichen Streifen über das Os hamatum zum Theil wegziehen und zwischen den beiden letzten Metacarpalknochen verschwinden. An der Radialseite der Handwurzel sind noch einige zweifelhaftere, dunkle, geschlängelte Bänder zu sehen, die vielleicht Verzweigungen der A. radialis entsprechen. — Es lässt sich erhoffen, dass durch Verbesserung der Methoden noch bessere Resultate werden erzielt werden können und damit ein wichtiges Hilfsmittel der Diagnostik innerer Krankheiten an die Hand gegeben wird.

Vogel (12) beobachtete eine nach erfolgter Ruptur eines Aneurysmas der Arteria communicans anterior entstandene Blutung an der Gehirnbasis mit Durchbruch in die Ventrikel, die insbesondere wegen des Mangels der sonst characteristischen Folgeerscheinungen und der dadurch veranlassten irrthümlichen Diagnose von Interesse ist. Der Fall betrifft eine 42jährige Frau, die ganz plötzlich mit momentanem Kopfschmerz erkrankte, sie fiel um und wurde auf dem Rücken liegend aufgefunden. Pat. klagte später über heftige Schmerzen der ganzen Wirbelsäule entlang, nachher kam noch ausgesprochene Nackenstarre hinzu und starke Druckempfindlichkeit der Nackengegend. In den letzten Tagen war Pat. meist somnolent und delirirte zuweilen. Die Temperatur schwankte zwischen 38—40°. Die Diagnose wurde auf tuberculöse Basilarmeningitis gestellt, zumal sie hereditär belastet war, und objectiv eine Spitzendämpfung constatirt wurde, sie auch als Kind an eitrigem Ohrausfluss gelitten hatte. Die Herdsymptome, die sich im Verlauf der Erkrankung hinzugesellten, Nystagmus, Ptosis, Enge der Pupillen und Fehlen der Lichtreaction, linksseitige Parese im Gebiet des Facialis, Hypoglossus und der Armnerven, uncoordinirte Stellung der Bulbi, sowie Albuminurie sprechen nicht dagegen, denn sie können ebensowohl bei Gehirnblutungen, wie bei Meningitis vorkommen. Die Section ergab ein perforirtes Aneurysma am Ramus communicans anterior mit Bluterguss in die Gehirnsubstanz, in die Ventrikel und die weichen Häute, besonders der Gehirnbasis und des Rückenmarks; leichter Bluterguss zwischen die weichen Häute und die Dura mit beginnender Organisation des Ergusses. Es war eine flächenhaft ausgedehnte Blutung an der Gehirnbasis, die sich von hier noch weiter bis zur Cauda equina des Rückenmarks erstreckte. Diese rein mechanische Vertheilung des Blutes hatte dasselbe Krankheitsbild hervorgerufen wie eine Meningitis. — Verf. theilt dann noch einen in der Literatur gefundenen Fall mit, der gleichfalls in fast allen Details den Symptomencomplex der Meningitis gezeigt hatte.

Sänger (13) theilt 4 am Erlanger pathologischen Institut beobachtete Fälle von extracerebralen Aneurysmen mit, deren letzter für sich allein schon von Vogel (12) genau beschrieben worden ist. Jeder Fall endete mit Exitus letalis. Bezüglich der Aetiologie ist theilweise Sclerose an den Blutgefässen und am Herzen nachgewiesen. Dass Lues bei einem Falle anzunehmen war, dafür zeigen sich nirgends Anhaltspunkte. Bezüglich des Lebensalters, sowie des Geschlechts und der Beschäftigung lassen sich bei diesen wenigen Fällen selbstverständlich keinerlei Schlüsse ziehen. Der vierte schon an anderer Stelle näher besprochene Fall zeigt durch die Störungen der Augen- und Augenmuskelnerven deutlich, dass eine Blutung in den Rückenmarkscanal stattfand.

Zu der Beantwortung der Frage, ob es vorkommen kann, dass trotz Eindickung des Blutes in den Venen hydrämische Plethora in den übrigen Theilen der Circulation existirt, hat Boranoff (14) 3 Untersuchungsreihen angestellt, 1. die Annahme von Oertel geprüft, dass durch Stauung eine letale Eindickung des Venenblutes zu Stande kommen kann, 2. an einem und demselben Pat. die Concentration des venösen und arteriellen Blutes verglichen, 3. weitere Erfahrungen gesammelt über die Concentration des dem arteriellen Blut in seiner Zusammensetzung am nächsten stehenden Capillarblutes. Als Maass der Concentration wurde in letzter Linie das specifische Gewicht angesehen, gleichzeitig aber auch die Zahl der rothen Blutkörperchen und der Haemoglobingehalt bestimmt. Als Schlussfolgerungen ihrer sehr genauen und umfangreichen Arbeit stellt die Verf. folgende Sätze auf: 1. Haemoglobinbestimmungen und Blutkörperchenzählungen sind nicht geeignet, uns über die Frage der Wasserbilanz bei Circulationsstörungen Aufschluss zu geben, sondern bloss Bestimmungen des specifischen Gewichts oder die ihnen gleichartigen Trockenbestimmungen des Blutes. 2. Für die Blutentziehungen, die zum Studium dieser Frage vorgenommen werden, muss jede künstlich venöse Stauung aufs strengste vermieden werden, das Blut muss also aus der Fingerspitze oder ohne künstliche Stauung aus der Vene genommen werden. 3. Es lässt sich experimentell zeigen, dass Anbringung einer localen venösen Stauung die Concentration des gestauten Blutes erheblich steigert. 4. Bei mässigen allgemeinen Circulationsstörungen ist das Blut meist abnorm wasserreich. Die hydraemische Plethora konnte auf eine Vermehrung des Blutvolumens um $^1/_8$—$^1/_3$ geschätzt werden. Ob hierdurch eine Mehrbelastung des Herzens bedingt ist, ist noch nicht entschieden. 5. Für die innerlich unwahrscheinliche Oertel'sche Annahme, dass bei den Circu-

lationsstörungen die Plethora wesentlich stromaufwärts von den Körpercapillaren gesucht werden müsse, indem das Blut in den Capillaren sein überschüssiges Wasser bei jeder Circulation wieder an die Lymphgefässe abgebe, konnten keine Anhaltspunkte gefunden werden. 6. Bei den ganz hochgradigen allgemeinen Stauungen, die zu starkem Hydrops geführt haben, tritt die hydrämische Plhetora durch regulatorische Ausscheidung des Wassers in die Gewebe und die Körperhöhlen in den Hintergrund. 7. Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr bei Circulationsstörungen mit Rücksicht auf die Wasserbilanz ist theoretisch gerechtfertigt, darf aber nicht in extremer Weise geschehen.

Vorausgesetzt, dass die Herzkraft nicht unter ein ganz bestimmtes, geringes Maass gesunken ist, fühlt man nach Litten (15) bei der mässigen Compression einer mittelgrossen Arterie ganz regelmässig und ausnahmslos ein eigenthümliches Schwirren oder Spritzen, welches den Eindruck macht, als ob das Blut unmittelbar unter den Fingern schwirrte oder unter sehr starkem Strahl an den Fingerspitzen entlang gespritzt wurde. Diese Erscheinung ist eine constante und zu fühlen an allen Arterien, deren Durchmesser nicht unter den der Art. radialis heruntergeht und welche gegen eine feste Unterlage angedrückt werden können. Dieses „Frémissement“ wird bewirkt durch die in Folge der Gefässverengerung erzeugten Wirbelbewegungen des Blutes, welche auf die Gefässwand übertragen werden. Je gradliniger die Arterie verläuft und je besser sie gegen die Unterlage anzudrücken ist, in um so intensiverer Weise tritt die Erscheinung hervor. Am schönsten und constantesten tritt nach Verf. die Erscheinung an der Art. femoralis zu Tage und ebenso an der Aorta abdominalis, sofern dieselbe überhaupt zugänglich ist, d. h. der Panniculus adiposus und die Spannung der Bauchmuskeln nicht zu stark sind. Ferner findet man diese Erscheinung auch an den Art. iliacae, an der Art. subclavia, oberhalb und unterhalb der Clavicula, an der Carotis, der Axillaris, Brachialis und endlich an der Radialis. — Eine sphygmographische Darstellung des Spritzphänomens an den Arterien ist Verf. nicht gelungen. Auch für die Pathologie kann man eine ganze Menge werthvoller Thatsachen aus diesen Erscheinungen ableiten. Unter pathologischen Zuständen gelingt es, dieses Schwirren auch an viel kleineren Arterien noch hervorzurufen, die weit unter den Durchmesser der Art. radialis heruntergehen, und die Erscheinung tritt hierbei in ungleich intensiverer, manchmal geradezu in überraschender Weise auf. Dabei bedarf es in pathologischen Fällen überhaupt kaum eines Drucks, um die Erscheinung in schönster Weise hervorzurufen, sondern nur eines festeren Auflegens der Fingerspitze auf die Arterien. So beginnt bei Aorteninsufficienz schon bei der leisesten Berührung der Halsarterien das Schwirren, und die ungewöhnliche Intensität desselben weist sofort auf eine Aorteninsufficienz hin, so dass es als wichtiges Symptom bei der Diagnose verwerthet werden kann.

Bum (17) verlangt von jeder allgemeinen Therapie der Kreislaufstörungen, dass sie im Stande sei 1. die Blutstauung im Venengebiet und im kleinen Kreislauf zu beheben oder doch zu verringern, 2. die peripheren Widerstände im grossen Kreislauf herabzusetzen, um die Arbeit des linken Herzens zu vermindern, 3. auf den Herzmuskel selbst kräftigend einzuwirken. — Bei erhöhter Muskelanstrengung tritt eine initiale Blutdrucksteigerung ein bis zu einem Maximum, worauf der Blutdruck tiefer als vor Ausführung der Bewegung fällt, um endlich allmälig annähernd zur Norm zurückzukehren. Diese initiale Blutdrucksteigerung muss nach Hasebroek stets auf vermehrte Herzarbeit bei herabgesetzten Widerständen zurückgeführt werden. Die Leistung der durch die Widerstandsbewegung gesteigerten Arbeit ist dem Herzen in der Systole nur dann möglich, wenn in Folge Herabsetzung der peripheren Widerstände die Gesammtarbeit des Herzens zur Fortbewegung der Blutmasse im grossen Kreislauf verwendet werden kann. Methodische Muskelbewegungen vermögen auf reflectorischem Wege die Widerstände im grossen Kreislauf herabzusetzen, die Herzarbeit zu begünstigen und im Verein mit regelmässigem Tiefertreten den Abfluss des venösen Blutes zu befördern. Verf. spricht daher der Massage und Gymnastik eine nicht gering anzuschlagende depletorische Wirkung auf venöse periphere Stauungen rückhaltlos zu. Der Einfluss mechanischer Behandlung auf den Kreislauf und dessen Organe gestattet die therapeutische Verwendung der Mechanotherapie bei Störungen der Blutvertheilung und der Function der Circulationsorgane. Die Mechanotherapie der Kreislaufstörungen hat einerseits den Allgemeinzustand des Kranken, andererseits den Character der Störung zu berücksichtigen. Die passiven und activen Bewegungen, die Encheiresen der Massage, wie die Widerstandsbewegungen müssen dem Kräftezustand des Pat. sorgfältig angepasst und bei dem Entwurf des Behandlungsplanes jene Eingriffe und Bewegungen bevorzugt werden, die erfahrungsgemäss und ihrer physiologischen Wirkung entsprechend der vorliegenden Indication in erster Reihe zu genügen vermögen.

Starre der Gefässe (Angiorhigosis) ist eine Diagnose, die man nach v. Basch (18) unbedingt stellen darf, sobald man die Erscheinung des hohen Blutdrucks vor sich hat. Diese Diagnose birgt in sich die Vorstellung von einer physicalischen Veränderung als Ursache des erhöhten Gefässwiderstandes und ist insofern eine sichere klinisch-physicalische Diagnose. Verf. unterscheidet 4 Species der A.: 1. reine A., 2. spastische A., 3. A., bedingt durch Angiosclerosis, 4. A. combinirt mit Angio- und Arteriosclerosis. Die reine A. ist dann zu diagnosticiren, wenn das positive Merkmal eines hohen Blutdrucks deutlich sichtbar ist, wenn aber jeder sichere Anhaltspunkt dafür fehlt, dass in den Gefässen schon anatomische Veränderungen stattgefunden haben. Zustände, wie Dyspnoe, Asthma cardiale, Herzklopfen vereinigen sich sehr wohl mit dieser Diagnose. Die zweite Species ist die physiologisch bedingte spastische A., d. h. der durch Erregung der vasomotorischen Gebilde erzeugte Angiospasmus. In derartigen Fällen begegnet man der hohen Blutspannung nur zeitweilig, während in den Zwischenpausen die Blutspannung eine normale

ist. Man hat es in solchen Fällen mit einem veritablen Gefässspasmus, resp. mit einer Irritabilität der vasomotorischen Centren zu thun. — Die dritte Species der A. ist die Angiosclerosis, d. h. jene Gefässstarre, die auf einer anatomischen Veränderung der Gefässe in den Endgebieten der Arterien beruht. Die Diagnose Angiosclerose ist also eine klinisch-anatomische Diagnose. Verf. sieht Angiosclerose nur dort, wo nebst der hohen Blutspannung auch Albumen im Harn zu constatiren ist. Bei Angiosclerose fand Verf. Herzzustände mit 75 pCt., Magen- und Darmaffectionen mit 30 pCt. und die nervösen Affectionen mit 21 pCt. vertreten. — Die Angiosclerosis kann auch mit Arteriosclerose einhergehen. Diese Combination bildet die vierte Species der Angiorhigosis. Verf. schränkt die Diagnose Arteriosclerose und Angiosclerose auf jene Fälle von Aortenklappenfehlern ein, die nicht endocarditischen Ursprungs sind, die sich erst nach dem 40. Lebensjahr entwickeln und bei denen man einen hohen oder mittleren Blutdruck findet. Bei der sicheren Arteriosclerose kommt das Asthma cardiale nicht so häufig vor, als bei der Angiosclerose. Nach Verf. sind die physiologisch und physicalisch bedingten Formen der Angiorhigosis die Vorstadien der eigentlichen Angiosclerose und Arteriosclerose. Die Angiorhigosis ist also ein einheitlicher wenn auch in verschiedenen Stadien und Abstufungen erscheinender Process, in dem wir die Hauptbedingung für die vermehrte Anstrengung des linken Ventrikels und deren Folgezuständen zu erblicken haben.

Nach Lombardini ist das Vorkommen der Thrombose der Vena cava inferior ein seltenes Vorkommniss. Haushalter und Etienne (19) sind nun in der Lage, drei solcher Fälle zu veröffentlichen, die sie bei der Section gefunden haben. Der erste betrifft eine kleine Phthisica im Alter von 11 Jahren, die bei Lebzeiten ein leichtes schmerzhaftes Oedem der linken Wade mit verstärkter peripherer Venencirculation aufwies. Die Diagnose wurde auf Phlegmasia alba dolens gestellt. Bei der Section zeigte sich in beiden Vv. femorales ein fibrinöser Thrombus, der hinabstieg bis zu der Poplitea und Saphena interna und nach oben die Vv. iliacae ganz ausfüllte und in der V. cava inferior an der Abgangsstelle der Vv. renales sein Ende fand. Der zweite Fall betrifft einen 18jährigen jungen Mann mit Lungentuberculose. Es fand sich bei Lebzeiten nur ein leichtes Oedem der unteren Extremitäten ohne Symptom der Phlegmasia alba dolens. Bei der Autopie fand sich eine ausgedehnte Thrombose der V. cruralis bis zur V. cava, mit Blutklumpen in der Femoralis. Der dritte Fall betrifft einen jungen Mann, der gleichfalls an Tuberculose litt und ebenfalls nur leichte Oedeme hatte. Section ergab Thrombose der Vv. femorales bis zur Vena cava. Im ersten Fall war die microscopische Untersuchung nach Micrococcen negativ, im zweiten Fall ergab die Anlage von Culturen in dem Blutgerinnsel einen Streptococcus, der einem Kaninchen eingeimpft ein Erysipel hervorrief und den Tod des Thieres herbeiführte. In allen 3 Fällen war die Thrombose der V. cava völlig latent verlaufen und erst die Section ergab ihr Vorhandensein. In allen 3 Fällen war die Thrombose im letzten Stadium der Tuberculose aufgetreten. Ausser bei dieser Krankheit findet man Phlegmasia alba dolens häufig bei Typhus, Magenkrebs etc., bei allen den Krankheiten, bei denen entweder durch Uebergreifen des Processes oder durch Infection die Lymphdrüsen mit ergriffen werden. Vielleicht vermitteln auch in den mitgetheilten Fällen die Lymphdrüsen das Ergriffenwerden der Venen und das Zustandekommen der Thrombose.

Wenn auch die Diagnose der Aneurysmen des Stammes der Aorta im Allgemeinen leicht zu stellen ist, so sind doch öfters wichtige Details schwer festzustellen. Carrieu (20) theilt einen derartigen Fall mit, der interessante Besonderheiten aufweist. Er betrifft einen 35jährigen Mann, bei dem man im oberen Theil des Thorax, rechts von der Mittellinie einen apfelgrossen Tumor sieht, der deutlich sichtbar pulsirt. Man fühlt deutliche Pulsationen, isochron mit dem Herzschlag und dem linken Puls. Der Tumor ist gelappt und der untere Abschnitt scheint nicht so deutlich zu pulsiren, wie der obere. Geräusche sind über dem Tumor nicht wahrnehmbar. Der linke Radialpuls ist normal, der rechte ist nicht zu fühlen. Der Femoralpuls ist auf beiden Seiten fühlbar und zeigt ein beträchtliches Zurückbleiben hinter dem Herzschlag. Pat. bekommt Jod innerlich und wegen Angina pectoris-Anfällen subcutane Morphiuminjectionen. Der Tumor wächst zusehends, Pat. speit Blut und geht schliesslich an einem profusen Blutsturz zu Grunde, nachdem er ca. 1500 g Blut entleert. Bei der Section zeigt sich, dass der obere Theil des Tumors breit mit einer im Innern des Thorax gelegenen Tasche communicirt, auf Kosten des Sternum und der l. ersten Rippe. Die untere Partie ist von allen Seiten fest geschlossen und enthält nur wenig gelbliche Flüssigkeit. Die nähere Untersuchung ergab, dass es sich um Aneurysma des Stammes der Aorta handelte. In der Trachea, kurz vor der Bifurcation der Bronchien, auf der vorderen Seite etwas nach rechts, zeigt sich eine Perforation, durchgängig für einen Federkiel. Durch dieselbe gelangt man in die rechte Carotis, die Ursprungsstelle des Aneurysmas. — Das Nichtvorhandensein des rechten Radialpulses deutete auf einen Druck auf den Truncus brachio-cephalicus hin, die Verzögerung der beiden Femoral-Pulse zeigte, dass der Stamm der Aorta selbst erweitert sein musste. Pat. hatte 10 Jahre zuvor Syphilis acquirirt, aber niemals ernstlich eine Jodkali-Cur durchgemacht; auch war er starker Alcoholiker. — Der Durchbruch von Aneurysmen in die Trachea erfolgt in ungefähr 3 pCt. aller Fälle. Wenn auch nach aussen hin eine starke Vorwölbung nach Usur des Sternum und der Rippen besteht, so erfolgt doch die Ruptur meist, wie auch in diesem Fall, nach innen.

Einen interessanten Fall eines Aneurysma varicosum der Aorta ascendens theilt Clarke (22) mit. Derselbe betrifft einen 60jährigen Mann, der ganz plötzlich starke Athembeschwerden bekam, sein Gesicht war geschwollen und blau verfärbt, später schwollen der rechte Arm und die rechte Hand gleichfalls an. Die Venen auf der oberen Brustpartie waren stark dilatirt.

Pat. fühlte sich ausser etwas Brustbeklemmung ganz wohl. Die Venenwandungen fühlten sich hart an, Pulsation war nicht fühlbar. Die Haut über der rechten Brust- und Rückenhälfte war deutlich ödematös. Der rechte Arm maass $15^1/_2$, der linke $12^1/_2$ Zoll. Ein breites Band dilatirter Venen zog sich von der linken Seite des unteren Winkels der rechten Scapula längs dem 5. Intercostalraum über die Mittellinie bis zum Processus ensiformis. Der Spitzenstoss war verbreitert im 5. und 6. Intercostalraum, Herzschläge waren unregelmässig. An der Basis war ein lautes systolisches Geräusch hörbar, gefolgt von einem diastolischen Geräusch. Dieselben Geräusche waren an der Spitze hörbar, jedoch nicht so laut. Auf der Brust sowohl, wie auf dem Rücken war eine grosse Dämpfung zu constatiren, doch war keine Pulsation wahrzunehmen. Der linke Puls war voller gefüllt, als der rechte; keine laryngeale oder tracheale Lähmung war vorhanden. Die rechte Pupille war etwas grösser, als die linke. Nirgends vergrösserte Drüsen. — Die Schwellung nahm mehr zu, Athemnoth stellte sich beträchtlich ein und plötzlich erfolgte der Tod. — Die Section ergab, dass alle Organe und das in ihnen enthaltene Blut dunkel gefärbt waren. Ein Aneurysma in der Grösse einer grossen Orange nahm die Aorta ascendens ein. Die Descendens und der Quertheil waren dilatirt. Das Aneurysma drückte leicht auf den Oesophagus, aber nicht auf den N. recurrens. Die Vena cava superior war mit dem Aneurysma adhärent und wurde durch dasselbe comprimirt. $1^1/_2$ Zoll von der Einmündung der Vene in das r. Herzohr entfernt bestand eine Communication zwischen dem Aneurysma und der Vena cava superior. Die rechte Vena anonyma war durch einen festen, weissen Thrombus verschlossen. Aortenklappen verdickt, etwas atheromatös. Die Art. pulmonalis war dilatirt und adhärent mit dem Aneurysma.

Rolleston (23) veröffentlicht einen Fall von plötzlich eingetretenem Tod in Folge Embolie der einen Coronararterie des Herzens, der einen 17jährigen Knaben betrifft. Derselbe hat zweimal Gelenkrheumatismus durchgemacht. Er war anämisch, schmalbrüstig und orthopnoisch. Das Herz war dilatirt und hypertrophirt. Spitzenstoss im 6. Intercostalraum, 2 Zoll nach aussen von der Mammillarlinie. Epigastrische Pulsationen. Puls 130—175. Kein Herzgeräusch. Der Puls war klein, unregelmässig. Pleuraerguss in der rechten Seite, doch blieb Paracentese ohne Resultat. Albumen im Urin. Oedeme, Ascites. Behandlung: Tonica und Bettruhe. Paracentese des Abdomen verschaffte ihm Erleichterung. Die Herzdilatation und Hypertrophie wurde auf eine vorgeschrittene Mitralinsufficienz geschoben, die Abwesenheit eines characteristischen Geräusches mit der ausserordentlichen Dilatation des Herzens erklärt. Andererseits dachte man auch an eine primäre Nierenerkrankung, dann wäre die Herzerkrankung die Folge derselben gewesen. Als alle Herzmittel, wie Digitalis, Coffein etc. versagten, wurde mit der Schott'schen Methode versucht, und Patient fühlte sich bedeutend besser, der Puls wurde langsamer. Plötzlich bekam Pat. einen starken Anfall von Athemnoth, wurde cyanotisch und starb trotz Einathmung von Oxygen und subcutaner Injection, anscheinend an einer Lungenembolie. Die Section ergab Folgendes: Herz stark dilatirt und hypertrophirt. Die Mitral- und Tricuspidal-Ostien waren vergrössert als Resultat der Dilatation der Ventrikel. Es fand sich eine adhärente Thrombose nahe der Spitze des linken Ventrikels. In der linken Coronar-Arterie fand sich ein Blutgerinnsel, $^3/_4$ Zoll von ihrem Ursprung entfernt. Es handelte sich also um eine Embolie der l. vorderen Coronararterie, die den plötzlichen Tod herbeigeführt hatte.

Samways (24) veröffentlicht einige Mittheilungen über Hypertrophie und Dilatation des linken Herzohrs bei Mitralstenose. Er hat während 4 Jahren 70 Fälle von Mitralstenose beobachtet und unter diesen fand sich 36 mal Hypertrophie des linken Herzohrs. Hierunter waren wieder 15 Fälle, bei denen sich Hypertrophie und Dilatation vorfand. In 11 Fällen waren alle beide Herzohren dilatirt und hypertrophirt. In 29 Fällen unter den 70 war die Stenose der Mitralis eine äusserst hochgradige. Es findet sich also bei einem grossen Theil aller hochgradigen Mitralstenosen Hypertrophie des linken Herzohrs, meist ohne gleichzeitige Dilatation, doch bei einem geringeren Theil auch mit gleichzeitiger Dilatation.

Finlayson (25) theilt einen Fall von Aneurysma des Arcus aortae mit diastolischem Geräusch mit, bei dem die Klappen aber nicht insufficient waren. Der Fall betrifft einen 40jähr. Mann; der niemals an Rheumatismus gelitten hat. Das Herz war verbreitert, über der Aorta war ein doppeltes Geräusch hörbar. Das diastolische Geräusch änderte sehr seinen Character; Anasarca trat auf und Orthopnoe stellte sich ein. Pat. spie Blut, die Diagnose wurde auf Embolie der Lunge gestellt. Bemerkenswerth war die grosse Athemlosigkeit, unter der Pat. litt, und die anfallsweise auftrat. Vor dem bald darauf eintretenden Tode Cheyne-Stokes-sches Phänomen. Bei der Section ergab sich Folgendes: Das Herz war stark vergrössert, die Aortenklappen waren schlussfähig, doch blieb beim Verschluss eine kleine Oeffnung und die Zipfel der Klappe waren leicht dilatirt. Ferner fand sich ein unbedeutendes Aneurysma an der Ursprungsstelle der Anonyma und ein zweites an der Aorta descendens thoracica. Im rechten Ventrikel waren Thromben, die für die hämorrhagischen Infarcte in den Lungen verantwortlich gemacht wurden.

Einen plötzlichen Sterbefall infolge von Thrombose und fortschreitender Endarteriitis der Coronararterien theilt Magee Finny (26) mit. Der Fall betrifft eine 58jähr. Frau, die über Schmerzen in Kopf, Brust und Rücken zwischen den Schulterblättern klagte; starke Attacken von Athemnoth und Brustbeklemmung, namentlich des Nachts, quälten sie sehr. Seit einigen Monaten Husten mit schleimig-eitrigem Auswurf. An der Herzspitze ein Geräusch hörbar, das den ersten Ton verdeckt. Der zweite Pulmonalton ist verstärkt. Die Leberdämpfung ist vergrössert, 2—3 Finger bis unter den Rippenbogen. Albumen im Harn, Dyspnoe, Oedeme

traten auf. Der Puls 108, leicht unterdrückbar, unregelmässig. Plötzlich tritt der Exitus letalis ein. Die Section ergab Folgendes: Herz hypertrophisch, fettige Infiltration der Ventrikel, fettige Degeneration, namentlich des rechten Ventrikels. Mitralklappen atheromatös und bedeckt mit Vegetationen. Aortenklappen verdickt und mit Vegetationen bedeckt. Aorta und Coronararterien, namentlich die linke, zerbrechlich und verkalkt. Der linke Sinus Valsalvae und der Anfang der linken Coronararterien enthält ein Blutgerinnsel von 1 bis 2 Zoll Länge. In Aorta, Ventrikeln und rechter Coronararterie befand sich kein Blutgerinnsel. Muscatnussleber, Nierencapsel adhärent. Die microscopische Untersuchung ergiebt eine ausgesprochene Endarteriitis der Coronararterien. — Die Brustschmerzen, über die Pat. bei Lebzeiten und noch kurz vor dem Tode klagte, sind wahrscheinlich verursacht worden durch die ungleiche Circulation in der Aorta und in den Coronararterien, deren Lumen durch die Kalkauflagerungen verengt war. Infolge dieser ungleichmässigen Ernährung war der Herzmuskel fettig degenerirt. Der plötzliche Tod ist hervorgerufen durch Herzlähmung, die durch eine acute Thrombose der linken Art. coronaria anterior versursacht wurde. So erhielt das Herz kein Blut mehr zugeführt und im selben Augenblick erlosch seine Thätigkeit.

Elworthy (27) theilt einen Fall von Aneurysma dissecans der Aorta mit, bei dem es zur Ruptur ins Pericard kam. Der Fall betrifft einen 51 jährig. Mann, der schon vor mehreren Jahren einen Schlaganfall erlitt. Nachdem er schon längere Zeit über heftige Schmerzen im Unterleib geklagt hatte, ohne dass eine Ursache für dieselben aufgefunden werden konnte, wurden diese später so heftig, dass er bettlägerig wurde. Der Puls konnte an der Radialis nicht gefühlt werden, an der Femoralis war er 64, irregulär und intermittirend. Die rechte Seite wurde bald darauf kalt und anästhetisch bis zum Knie, und war völlig gelähmt. Er wurde bewusstlos, stertoröses Athmen stellte sich ein, der Conjunctivalreflex erlosch, das Gesicht wurde livid gefärbt, die Venen traten stark hervor. dann stand die Athmung still und der Exitus trat ein. Sectionsbefund: Hirnhäute leicht verdickt, unter der Arachnoidea seröser Erguss. Die Gefässe an der Basis waren atheromatös. Keine Haemorrhagie. Die Lungen waren blutreich, blutiggefärbter pleuritischer Erguss. Das Pericard enthielt frische Blutcoagula. Das Herz war verbreitert, die Mitralklappe leicht atheromatös. Die Aorta war atheromatös, aber nicht erweitert. Die Intima und die Media zeigten einen Querriss einen halben Zoll nach aussen von der Concavität des Arcus, einen Zoll oberhalb der Semilunarklappen. Die Externa zeigte einen Riss, der nach dem Pericard hineinführte, $^3/_4$ Zoll lang, an der hinteren Fläche des ersten Theils des Arcus aortae, das Centrum dieses Risses correspondirte mit dem Querriss der Intima. Das Blut war durchgeströmt zwischen Media und Externa bis zur Anonyma, längs der ganzen Länge der Thoracica und Abdominal-Aorta, nirgends das Lumen obliterirend. Die Blutgerinnsel zwischen den Gefässhäuten waren frisch.

Ueber die Schlängelung der Temporalarterie und ihre klinische Bedeutung lässt sich Sakorraphos (29) des Weiteren aus. Verf. hat sie am häufigsten bei Leuten beobachtet, deren Eltern an Arteriosclerose erkrankt gewesen waren, die also gewissermassen erblich belastet waren. Diese Schlängelung sieht S. als ein sehr schlimmes Symptom der Arteriosclerose an. Meist zeigt sie sich im Alter von 25—30 Jahren bei hereditär arteriosclerotisch Belasteten. Es sind durchweg magere Individuen, von lebhaftem und reizbarem Character, deren Nervensystem nicht in normaler Weise functionirt. Kurze Zeit nach dem Auftreten der Schlängelung der Temporales klagen sie über Herzklopfen oder über Mattigkeit; leichte Dyspnoe stellt sich ein. Der zweite Ton an der Basis wird klappend. Drang zum Uriniren, namentlich des Nachts, stellt sich ein. Untersuchung des Urins ist negativ. — Die Möglichkeit der erblichen Belastung mit Arteriosclerose wird von Niemand geleugnet. Während alte Leute mit A. lange am Leben bleiben können, macht die A. bei jungen Individuen rasche Fortschritte. Die meisten von denen, bei denen die Schlängelung der Temporales sichtbar in Erscheinung tritt, sterben im mittleren Lebensalter. Es stellt sich bald Arteriosclerose der Hirngefässe oder der Nierenarterien oder der Aa. coronoriae ein und an einer dieser Erkrankungen gehen die meisten der mit A. erblich Belasteten zu Grunde.

Bell (30) theilt einen Fall von Thrombose der Abdominal-Aorta bei einem 30 jährig. Mann mit. Pat. bekam ganz plötzlich heftige Schmerzen in beiden Beinen und im Unterleib, er fiel zu Boden, verlor aber nicht das Bewusstsein. Bei der Aufnahme ins Spital zeigte sich völlige Lähmung beider Extremitäten, Anaesthesie und Analgesie beider Beine. Ueber der anaesthetischen Zone befand sich eine 2 Zoll breite Zone von Hyperaesthesie, oberhalb dieser Zone erschien die Sensibilität der Haut normal. Reflexe erloschen. Erbrechen trat ein, Stuhl ging unwillkürlich ab, der Harn träufelte unaufhörlich ab. Die unteren Extremitäten waren ganz kalt und pulslos. Pat. wurde benommen und gab keine Antworten mehr; bald darauf wurde er delirant. Die Haut der rechten Wade wurde gangränös, ebenso über einem Theil des Scrotum, 56 Stunden nach dem Anfall starb Pat. Die Section ergab Folgendes. Die Aorta abdominalis war mit einem grossen Blutcoagulum verstopft, das etwas unterhalb des Ursprungs der Mesaraica inferior seinen Anfang nahm und in die Iliacae beiderseits hineinragte. In der Wandung der Gefässe konnte nichts Pathologisches entdeckt werden. Leider wurde es Verf. von den Angehörigen nicht gestattet, die Section weiter auszudehnen, und namentlich Herz und der übrige Theil der Aorta und die übrigen Bauchorgane konnten bedauerlicherweise nicht untersucht werden, so dass die Ursache der Thrombose nicht festgestellt werden konnte. Vielleicht hätte sich Lues ergeben. Die Paraplegie ist unschwer dadurch zu erklären, dass plötzlich die davon betroffenen Theile der Blutzufuhr beraubt wurden und so ihre Functionsfähigkeit verlieren mussten.

[Tirén (31) theilt zwei Fälle von perforirendem Aorta-Aneurysma mit:

1. 65 jähriger Arbeiter. Trinker. Vor etwas mehr als 8 Monaten Lungenentzündung mit nachfolgender Eiterung im linken Kniegelenke und Ellenbogengelenke, sowie Schmerzen in der rechten Hüftgegend, im Bauche und im Rücken (Pyaemie). Später Abmagerung, Husten, Athemnoth und zunehmende Abmattung. Bauch bedeutend aufgetrieben, überall mit tympanitischem Tone, keine Resistenz. Abs. Herzdämpfung klein, Spitzenstoss in der Mam.-Lin. in 5. Interstitium, ziemlich hebend. Keine Blasegeräusche. Nach zwei Anfällen von Erbrechen einige krampfhafte Streckungen des Körpers, Collaps und Tod. Section. Die ganze linke Pleurahöhle von Blut und Blutkuchen ausgefüllt. An der Wirbelsäule eine ungefähr thalergrosse Blutung mit (in der Mitte) einem Loche in der Pleura, kleinfingerweit, mit zerfetzten Rändern, deutlich in die Aorta hineindringend. Diese, welche oberhalb des Hiatus aorticus diaphragmatis im Allgemeinen weiter als gewöhnlich ist, zeigt gleich vor ihrem Eintritt daselbst eine ungefähr gänseeigrosse, gleichförmige Erweiterung (Umkreis ca. 14 cm), unterhalb welcher sie von normaler Weite ist, aber bis zum Promontorium nach hinten und seitwärts mittels einer theilweise beinahe 2,5 cm dicken, fibrösen Schwiele mit der hintern Bauchwand, d. h. mit den Wirbelknochen intim verbunden. Keine Schmelzungsprocesse in dieser Schwiele. Usur der 11. und 12. Dorsalwirbelkörper, dem Aneurysma entsprechend, bis zu einer Tiefe von 2 cm. Die Innenfläche des aneurysmatischen Sackes ist rauh und carirt, auf einem begrenzten Gebiete mit Fibrin belegt, 3×3,5 cm in Höhe rings herum. Zweicentimetergrosse Perforation zu einem Aneurysma dissecans, welches sich 13 cm aufwärts erstreckt und welches in seiner Ordnung zur linken Pleurahöhle durchgebrochen ist.

2. 44 jähriger Kutschenmeister. Notorischer Säufer; litt an Delirium tremens. Nach einer Gewalteinwirkung auf den Kopf wiederum ein Anfall von Delirium tremens. Dumpfe, aber reine Herztöne. Nach Chloral, Cognac u. s. w. klagte er über Kopfschmerzen und Athmungsbeschwerden. Kräftiger Körperbau und bedeutend corpulent. Tremor. Zwangsjacke fast stetig. Collaps. Tod. Section. Das ganze Pericardium von Blut und Blutkuchen ausgefüllt. Hinter der Art. pulm. an der rechten Seite der aufsteigenden Gefässe findet sich eine Oeffnung mit zerfetzten Rändern, den Ringfinger durchlassend. Sie mündet in eine grössere, blutgefüllte Höhle, welche ein Aneurysma dissecans ist, bis an und etwas vorbei dem Abgange der grossen Halsgefässe hinaufreichend und weder Thromben noch Fibrinmassen, sondern Blut und Cruor enthaltend. Ungefähr 1,5 cm oberhalb des hinteren, rechten Aortenzipfels eine ungefähr centimetergrosse Perforation der Aortenwand mit zerfetzten Rändern und gerade oberhalb dieser eine längsgehende Ruptur mit mehreren Querfurchen, ca. 9 cm lang, gegen den Arcus heraufreichend. Aorta ist gleich oberhalb der Valv. semilun. bedeutend erweitert (ungefähr 13 cm im Umkreis), ihre Innenseite zeigt hier rauhes Aussehen mit Ulcerationen und etwas Kalkincrustation. Bedeutende Kalkablagerung in den Semilunarklappen, welche steifstehen und das Lumen stenosiren. Das Herz 14×12,5 cm, schlaff, schlotterig. Die Musculatur der linken Kammer misst 13—15 mm. Bindegewebs- und Fettentartung.

Die microscopische Untersuchung der beschriebenen rauhen Stellen und der gelben Flecke an der Aorta zeigt in beiden Fällen verdeckte und sclerosirte Intima, welche nach Aussen ohne Grenze in ein festes, lamellöses Gewebe, Media und Adventitia, übergeht. Vasa vasorum haben überall dicke Wände, lebhafte Rundzelleninfiltration. In den tieferen Schichten moleculärer Zerfall nebst hyaliner Degeneration, ohne Grenze in einander übergehend.

Nach T. muss der Alcoholismus in beiden Fällen als das bedeutungsvollste ätiologische Moment betrachtet werden. **A. Fr. Eklund** (Stockholm).]

Im Anschluss an eine an derselben Stelle, October 1892, erfolgte Mittheilung berichten Stewart und Salinger (32) über die Chancen einer Behandluug von Aneurysmen durch Einführung von Draht mit nachfolgender Electrolyse. Der Versuch, durch blosse Einführung von Draht in dem Aneurysma eine Gerinnung herbeizuführen, ist wenig erfolgreich gewesen. Zuweilen infolge nachweisbarer Fehler, insbesondere durch Anwendung zu grosser Drahtmengen oder mangelhafter Asepsis. Indessen auch bei Anwendung aller Cautelen wurde in den günstigeren Fällen nur die Bildung eines lockeren Gerinnsels erreicht, während durch gleichzeitige Anwendung der Electrolyse eine umfangreiche und derbe Gerinnung bewirkt wird.

In der Behandlung Salinger's befand sich ein 40jähriger Mann, der 1881 syphilitisch wurde, 1887 mehrfach heftige Anfälle von acutem Gelenkrheumatismus überstanden hatte und seit vielen Jahren ein starker Säufer war. Mehrere Jahre hatte er mit Blei gearbeitet, jedoch keine Zeichen einer Bleivergiftung aufgewiesen. Zuletzt hatte er eine anstrengende Thätigkeit als Steinträger und war im Jahre 1891 zwei Stockwerke hoch hinuntergestürzt. Ein Jahr später fand man eine aneurysmatische Anschwellung an der rechten Thoraxseite, welche sich von der Mitte der Clavicula bis zur linken Sterno-Clavicular-Verbindung und vom oberen Rand der zweiten Rippe bis zwei Inches oberhalb der Clavicula erstreckte. Ueber allen Theilen des Tumors deutliche Pulsation fühlbar und ein starkes Schwirren und systolisches Geräusch wahrnehmbar, welch' letzteres in die Carotiden fortgeleitet war. Grosse Hypertrophie des linken Ventrikels, systolisches und lautes diastolisches Geräusch über den Aortenklappen, Pulsus celer. Zuweilen blutiger Auswurf, im Urin sehr viel Eiweiss. Das Aneurysma vergrösserte sich sehr schnell, die Erscheinungen wurden immer bedrohlicher, und man beschloss einer anscheinend bevorstehenden Ruptur durch die oben geschilderte Behandlung vorzubeugen. Stewart führte dieselbe am 27. Juli 1893 in folgender Weise aus: Unter strengster Antisepsis wurden zwei ziemlich kräftige Platinnadeln an der Peripherie des Tumors bis zu ein Zoll Tiefe in das Aneurysma eingeführt. Die ausserhalb des Körpers bleibenden Theile waren zum Schutze der Haut sorgfältig isolirt. Eine derselben konnte frei in der Höhlung hin und herbewegt werden und fiel, freigelassen, aus einer senkrechten in eine horizontale Lage, beweisend, wie dünn die Wandung war, die die Nadel nicht in der senkrechten Lage zu fixiren vermochte. Zugleich ging hieraus hervor, dass ein Gerinnsel nicht vorhanden war. In der prominentesten Stelle des Tumors, woselbst die Wandung am dünnsten zu sein schien, wurde eine Canüle eingeführt, deren Lumen dem sehr dünnen Golddraht eben die Passage gestattete. Der Draht war so präparirt, dass er nach der Einführung eine Spirale bilden musste. Zehn Fuss Draht wurden durch die Canüle eingeführt, währenddem

stets Blut zwischen Draht und Canüle heraussickerte. Dann wurden die Contactstellen mit der Anode verbunden und eine grosse Platte als indifferente Electrode auf das Abdomen gelegt. Ihre Lage wurde von Zeit zu Zeit geändert, ohne den Strom zu unterbrechen. Letzterer wurde durch einen Rheostat controllirt. Er wurde allmälig verstärkt auf 30 Milliampère in einer Minute, 65 in fünf Minuten, 75 in zehn, 80 in fünfzehn und in dieser Stärke für weitere 1 1/4 Stunden belassen. Nach einer halben Stunde begannen die Nadeln, die vorher horizontal zu dem Aneurysma gelegen hatten, sich zu einer verticalen Stellung aufzurichten und zeigten so deutlich die Gerinnselbildung an. Gegen Ende der Procedur war für alle Anwesenden offenbar, dass die Pulsation über der ganzen Ausdehnung nachgelassen hatte. Weder Schmerz noch Shock war eingetreten.

Später nahmen Geräusch und Pulsation allmälig ab, das Befinden besserte sich langsam. Zur weiteren Gerinnselbildung wurde Jodkalium verabreicht. Da aber der Zustand des Herzens und der Nieren wenig Hoffnung machte und der Blutdruck anhaltend sehr hoch war, und angenommen wurde, dass nur im unteren Abschnitt des Aneurysma eine ausreichende Gerinnung eingetreten sei, der obere aber noch eine Ruptur befürchten liesse, so wurde 4 Wochen nach der ersten Procedur dieselbe von Neuem versucht, jedoch zeigten mehrere, bis zu zwei Zoll tiefe Einstiche, dass eine grössere Höhle nicht mehr vorhanden war. Allmälig besserte sich dann auch das Befinden erheblich, die Geräusche wurden ganz schwach, auch über dem Herzen, und der Puls verlor den Character des Aneurysma bezw. einer Aorteninsufficienz.

Am 23. Juni 1896, also drei Jahre nach der Operation, war der Patient noch bei gutem Befinden, trotz des Zustandes seiner Nieren und seiner ausschweifenden Gewohnheiten.

[Bieganski (34) gelangt auf Grund eigener Erfahrung zu dem Schlusse, dass die Bradycardie in der ungeheuren Mehrzahl der Fälle auf Affectionen des Herzmuskels zurückzuführen ist und dass die dabei oft vorkommenden insufficienten, abortiven Herzcontractionen die Ursache der epileptischen Anfälle infolge von Hirnanämie abgeben. **Spira** (Krakau).]

Krankheiten des Digestionstractus

bearbeitet von

Prof. Dr. C. A. EWALD in Berlin.

I. Mund- und Rachenhöhle.

1) Schmiegelow, E., Beitrag zur Pathogenese der sogen. schwarzen Zunge. Archiv für Laryngologie. 4. Bd. 2. H. — 2) Lukasiewicz, Innsbruck, Ueber das an der Mundschleimhaut isolirt vorkommende Erythema exsudativum multiforme. Wiener klin. Wochenschrift. No. 23. (3 Fälle dieser Art, von denen 2 dadurch ausgezeichnet waren, dass das Exanthem nach Ablauf der Mundaffection an anderen Körpertheilen auftrat. Die Beziehungen dieses Erythems zum Herpes werden ausführlich discutirt.) — 3) Bönniger, Max, Ueber Leucoplacia lingualis, buccalis et labialis. Inaug.-Diss. Berlin. (Enthält kurze Mittheilung von 23 Fällen und eine Besprechung dieser Erkrankung, in welcher die Behandlung mit Acid. lact. sehr empfohlen wird.) — 4) Mancini, F., Un caso di faringo stomatite fungosa. Raccoglitore. 20. V. — 5) Dumontpallier, M., Remarques et observations sur le traitement de certaines tumeurs de la bouche au moyen du chlorate de potasse. Bullet. de l'Acad. de Méd. No. 10. — 6) Sticker, G., Neue Beiträge zur Bedeutung der Mundverdauung. Münch. med. Wochenschr. No. 24. 25. 26. (I. Schwefelwasserstoffentstehung durch Speichelwirkung. No. 24. II. Mund- und Magenverdauung. No. 25. III. Magenverdauung und Milchsäurebildung. No. 26.) — 7) Burger, F., Ueber die Intensität der Mundverdauung bei Gesunden und Magenkranken. Ebendas. No. 10.

Schmiegelow (1) theilt am Anfang und Schluss der Arbeit je einen Fall von schwarzer Zunge mit: in beiden Fällen gelang die Cultur auf 10 proc. Brotgelatine bei 21° C. und ergab drei verschiedene Arten von Sprosspilzen, die an der Luft schwarzes oder dunkelbraunes Pigment bildeten. Im Uebrigen wird die einschlägige Literatur besprochen und die Ansicht geäussert, dass die parasitäre Aetiologie der schwarzen Zunge durch diese Beobachtungen eine etwas festere Basis bekommen habe.

In den Fällen von Dumontpallier (5) handelt es sich um Tumoren der Mundhöhle, die nach innerlichem Gebrauch von Chlornatrium (4,0 : 120,0) und directer Application des gepulverten Salzes auf die ergriffene Stelle zurückgegangen sein sollen. Einmal war eine Epitheliom (?) des Kiefers vorhanden, das andere-

mal nur das Recidiv eines bereits einmal excidirten Epithelioms der Zunge, welches in der Narbe wieder gewachsen war; in einem 3. Falle bestand ein tiefes Geschwür am unteren linken Zungenrand, welches entweder krebsig oder syphilitisch war. In allen Fällen war die Heilung eine dauernde.

In der dem Vortrage D.'s folgenden Discussion wird die Natur der betreffenden Neubildungen, von denen keine microscopische Untersuchung vorliegt, von Reclus in Zweifel gezogen. Die alte Erfahrung, dass das Chlorkalium nur bei Hautkrebsen eine gewisse Wirkung hat, gegen den Krebs der Schleimhaut aber gar nichts nützt, bleibt nach wie vor zu Recht bestehen.

Die Mittheilungen von Sticker (6) zerfallen in 3 Theile:

I. Schwefelwasserstoff-Entstehung durch Speichelwirkung. — Es giebt 2 Quellen für Schwefelwasserstoff-Entwickelung in unserer Nahrung, nämlich faulendes Eiweiss und sich zersetzendes schwefelhaltiges Küchengewächs. Beide sind bei der Schwefelwasserstoffbildung im Magen zu berücksichtigen, die sehr unwahrscheinliche Reduction von Sulphaten zu Sulphiden, aus denen dann Schwefelwasserstoff entstehen kann, ist kaum in Betracht zu ziehen.

Experimentell lässt sich an genossenen frischen Rettig-, Radieschen- und Zwiebelstückchen, die man nach wenigen Minuten aus dem Magen holt, stets Schwefelwasserstoffentwickelung nachweisen. Durch vergleichende Versuche an diesen Küchengewächsen mit Speichel- und Magensaftzusatz zeigt sich, dass in der Mundhöhle die Ursache dieser Gasbildung zu suchen sei. Wenn auch eine geringe, langsame Gasbildung beim Rettig durch einen in demselben enthaltenen Stoff spontan auftreten kann, ist doch der Speichel ein ganz besonders wirksames Mittel, grössere Schwefelwasserstoffmengen aus Rettig zu erzeugen; und im Speichel wiederum, wie eine Prüfung seiner verschiedenen Bestandtheile ergiebt, das Ptyalin der wirksame Stoff. Gleichen Erfolg erzielt man mit reinem Ptyalin, Pancreatin und Diastase.

Den der Schwefelwasserstoffgährung zu Grunde liegenden Körper der verschiedenen Küchengewächse sicher experimentell (durch Versetzen einzelner Stoffe des betreffenden Gewürzes mit eingespeichelten Probebissen zuckerfreier Germaniacakes zur Erzielung einer innigen Vermischung) festzustellen, gelang nicht, doch sind vermuthlich die ätherischen Oele das gesuchte Substrat.

Wichtig ist, dass bei 0,2 pCt. freier Salzsäure im Magen keine Eiweissfäulniss, wohl aber Fortgang einer einmal begonnenen Schwefelwasserstoffgährung stattfindet. Bei schwächer saurem Magensaft erfordert die Annahme einer Eiweissfäulniss wenigstens noch den Nachweis zugleich aufgetretenen Ammoniaks.

II. Mundverdauung und Magenverdauung. S. hält den von ihm 1887 aufgestellten Satz, dass Ausfall der Mundspeichelwirkung Verringerung der Magensaftsecretion veranlasst, mithin Schädigung der Amylolyse mit solcher der Proteolyse Hand in Hand geht, in seiner bisherigen Form aufrecht gegenüber der von Biernacki herrührenden Erweiterung, dass in der Mundhöhle eine schwach saure Reaction der Nahrung auftrete. Er führt aus, es werde durch Anwendung des Phenolphtaleins als Indicator bei den Biernacki'schen Versuchen die in die schwach alkalischen Versuchsflüssigkeiten aus der Mundhöhle aufgenommene Kohlensäure als Säure mitgemessen. Die entfärbte Versuchsflüssigkeit färbt sich zwar nicht beim Erhitzen, aber nach dem Erkalten, was B. nicht abgewartet hat. Andererseits weist S. experimentell nach, dass Kohlensäure bei Ausschaltung der Speichelwirkung die Verzögerung der Magenverdauung dieser Fälle nicht zu heben vermag.

Als neue Erfahrung folgt die Mittheilung, dass während im Allgemeinen bei Achlorhydrie eine fast unbegrenzte Amylolyse im Magen angenommen werde, im carcinomatösen Magen ohne Salzsäure resp. mit Verminderung derselben doch die Amylolyse ebenso wie die Proteolyse behindert sei. Beweis dafür sind ihm die auf dem Filter zurückbleibenden gröbsten Bröckel von einer Brotmahlzeit eines Krebskranken. Die genauen Beobachtungen der Giessener Poliklinik von 1886—94 bestätigen die Constanz dieser Erscheinung, und er selbst hat bei Carcinom keinen Termin der Magenverdauung gefunden, in welchem die Jodstärkereaction ausbleibt.

Für eine hierbei mitspielende ungenügende Speichelwirkung Krebskranker spricht die verlangsamte Verzuckerung der Amylaceen eines Probebissens mancher Fälle, doch kommt jedenfalls auch der Einfluss der schlechten Motilität des krebskranken Magens sehr in Betracht, da mit Speichel versetzte Amylaceen bei mehrmaligem Umrühren viel mehr Zucker hervorgehen lassen als ruhig stehende.

III. Mundverdauung und Milchsäurebildung. — Es wurden milchsäurefreie Probebissen im Mörser mit Miller'schen Mundbacterien und möglichst reinem Speichel, ferner mit Ptyalin und mit Speichel minus Ptyalin vermischt und auf Milchsäure nach Uffelmann-Strauss geprüft, wobei 0,05 pCt. Salzsäure und mehr zugesetzt werden konnte. Nur der bacterienhaltige Speichel lieferte Milchsäure. S. schliesst daraus, dass die Miller'schen Mundbacterien die Ursache der Milchsäurebildung unserer Nahrung seien. Indem er nun weiter erwägt, wie im gesunden Magen nach einer grossen Brotmahlzeit zwar in der ersten Stunde Milchsäure nachweisbar ist, wie sie jedoch auf der Höhe der Verdauung verschwindet, wie ferner die geringste motorische Insufficienz und auch ein Mindermaass von Salzsäuresecretion reichlich und während vieler Stunden Milchsäure auftreten lassen, stellt er den Satz auf: 3 Factoren liegen der Milchsäuregährung im Magen zu Grunde

1. mangelhafte Resorption
2. motorische
3. secretorische Insufficienz.

Burger (7) prüfte auf Veranlassung von Sticker die Mundverdauung, indem er die Versuchspersonen ein halbes Germaniabiscuit aus der Wurzener Zwiebackfabrik (zuckerfrei) während einer Minute kauen liess. Die ausgespiene Masse wurde mit Wasser, oder, wenn die Amylolyse sofort unterbrochen werden sollte, mit 0,27 proc. HCl auf 50 ccm gebracht und entweder direct

oder nach $\frac{1}{2}$—1stündigem Aufenthalt im Brütofen polarisirt. Die Menge der Speichelabsonderung ebenso wie der Zustand des Gebisses schienen ohne Einfluss auf die Saccharification. Ebensowenig ergab sich ein greifbarer Unterschied bei Gesunden und Kranken mit verminderter oder vermehrter HCl-Ausscheidung. Wenigstens wurden so geringe Differenzen, wie dabei zur Beobachtung kamen, auch gefunden, wenn man dasselbe Individuum mehrere Tage hinter einander untersuchte. Die Mundverdauung scheint also von Störungen der Magensecretion wenig beeinflusst zu werden.

II. Oesophagus.

1) Stoerk, Karl, Die Oesophagoscopie. Wien. klin. Wchsch. No. 28. — 2) Derselbe, Die Untersuchung der Speiseröhre (Oesophagoscopie) mit 8 Abbildungen. Wien u. Leipzig. (Dasselbe wie sub 1 aufgeführt.) — 4) Rosenheim, Th., Ueber Oesophagoscopie. Deutsche med. Wochenschr. 22. Oct. — 5) Ewald, Ueber Gastroscopie. (Disc. über einen Vortrag von Rosenheim in der Berl. med. Ges.) Berl. klin. Wochenschr. No. 11. (Macht auf die der Einführung einer starren Röhre anhaftenden Gefahren aufmerksam. Hat das Oesophagoscop in zahlreichen Fällen angewendet aber keine Aufschlüsse resp. practische Erfolge erhalten, die über die durch die Sondenuntersuchung gewonnenen hinausgegangen wären, will aber den event. Nutzen desselben für chirurgische Affectionen, Fremdkörperextractionen u. A. nicht in Frage stellen.) — 6) Hacker, v., Ueber die Technik der Oesophagoscopie. Wien. klin. Wochenschr. No. 6 u. 7. (Genaue Angaben über die Technik der vom Verf. ausgeübten Oesophagoscopie, welche im Original nachgelesen werden müssen.) — 7) Kelling, Georg, Mittheilung zur Benutzung des Oesophagoscops. Allg. med. Central-Zeit. No. 7. — 8) Wendland, C., Beiträge zur Lehre von den Erkrankungen der Speiseröhre. Inaug.-Dissert. Göttingen. (Eine Analyse von 121 Fällen von Oesophaguserkrankung, darunter 87 Fälle von Carcinom, welche auf der Göttinger Klinik beobachtet wurden. Die bekannten Anschauungen und Erfahrungen über die Speiseröhrenkrebse finden darin eine allseitige Bestätigung.) — 9) Berger, Carl, Ueber einen seltenen Fall von Oesophagusstenose. Deutsch. med. Wochenschr. No. 32. (Ein Fall von doppelter Oesophagusstenose, ein Hinderniss 20, das andere 42 cm hinter der Cardia sitzend, wird ex post durch den eclatanten Erfolg einer Jodkaliumcur als syphilitischen Ursprungs erwiesen.) — 10) Mintz, Ueber die Magenfunctionen bei Oesophaguscarcinom. Wiener klin. Wochenschr. No. 3. — 11) Castelano, Le pulsazioni laringo-tracheali nel carcinoma dell'esofago. 7. Congresso di Med. Int. Dalla Clin. Moderna. Ref. von Broglio. La Tribuna Med. No. 11. — 12) Avellis, G., Die Behandlung des Schluckwehs (S.-A.) gr. 8. Frankfurt. (Gegen das im Gefolge der verschiedenartigsten Halskrankheiten auftretende „Schluckweh" werden Pastillen aus 0,002 Cocain und 0,2 Antipyrin empfohlen.) — 13) Vierhuff, Wilhelm, Casuistischer Beitrag über die Beziehungen des Oesophagus-Carcinoms zur Aorta. St. Petersburger medicin. Wochschr. No. 22. — 14) Knaut, Bernh., Ueber die durch Speiseröhrenkrebs bedingten Perforationen der benachbarten Blutbahnen nebst einer Beobachtung von primärer Oesophagusdilatation und von Leucoplacia oesophagi. Inaug.-Dissert. Berlin. — 15) Mazzotti, Luigi, Nuove osservazioni interno alla tuberculosi dell'Esofago. Bologna.

Der Artikel von Stoerk (1), welcher eine mit Abbildungen versehene Geschichte der Oesophagoscopie bringt, ist im Wesentlichen eine Prioritätsreclamation für die von Stoerk bereits vor längeren Jahren (1887) beschriebenen starren und beweglichen Rohre. Die letzteren sind so eingerichtet, dass sich in ihrem Ende eine stählerne Spirale befindet, welche einen Mandrin mit stumpfzugespitztem Hartkautschukkegel trägt. Durch Drehen um seine Axe kann das Rohr dann, wenn es eingeführt ist, gerade gestellt und in bekannter Weise durch eingeworfenes Licht beleuchtet werden. S. nimmt die Oesophagoscopie in sitzender Stellung des Pat. vor und glaubt dabei leichter und mit geringeren Beschwerden des Pat. zum Ziel zu kommen, wie in liegender Stellung des Pat. resp. bei hängendem Kopf desselben. (Siehe übrigens die näheren Details in dem Original-Artikel, der dem Ref. nicht in allen Punkten ein klares Bild von dem Vorgehen S.'s beibrachte.)

Rosenheim (4) bespricht Methode und Instrumentarien der Oesophagoscopie, wobei er sein Oesophagoscop und die Einführung in Rückenlage, resp. Anfangs, bis das Rohr den Kehlkopf passirt hat, im Sitzen, als für alle Fälle hinreichend, wenig belästigend und ungefährlich bezeichnet und sich entschieden gegen Narcose bei der Einführung ausspricht, da die Controle durch etwaige Schmerzäusserungen des Pat. fortfalle.

Sehr hoch schlägt er den Werth des Oesophagoscops für die Differentialdiagnose zwischen bös- und gutartigen (nervösen oder anatomischen) Stricturen an: R. stützt sich dabei auf einen (an anderer Stelle zu publicirenden) secirten Fall von Oesophagusdivertikel, bei welchem er das oesophagoscopische Bild des infiltrirenden Carcinoms sah, den Eingang in die Strictur jedoch nicht finden konnte, was ihm bei malignen Stricturen bisher stets möglich war.

Der therapeutische Werth liegt in der Entfernung von Fremdkörpern unter Leitung des Auges, besonders Beseitigung von sich oberhalb carcinomatös verengter Stellen stauendem Nahrungsmaterial durch Zange und Ausspülung im Oesophagoscop und in der Erleichterung der Sondirung von Stricturen. R. überweist keinen Stricturfall eher dem Chirurgen, als bis er sich von der Undurchgängigkeit der Strictur bei Sondirung, eventuell mit Laminaria nach Störk und Senator, im Oesophagoscop überzeugt.

Der zweite von der Gastroscopie handelnde Theil beschreibt Verf.'s neues aus optischem und electrischem Apparat und Luftleitung (in 3 concentrischen Röhren angeordnet) bestehendes Gastroscop von nur 10 mm Querschnitt, dem vor dem älteren 12 mm Modell der Vorzug leichterer Einführung und Umschau im Magen zugesprochen wird. Die Anwendung desselben will R. auf diejenigen Fälle beschränkt sehen, bei welchen zu operativen Zwecken rasche Klarstellung der sonst nicht zu stellenden Diagnose erwünscht ist; eine Gefahr biete die Einführung des Gastroscops namentlich bei Ulc. ventr., das sehr oft latent bestehe.

Zum Schluss legt Verf. einem bei Einführung einer 10 mm starken Stahlsonde mit Gummiansatz durch gelinden Druck an der Cardia auftretenden lebhaften Schmerz hohe diagnostische Bedeutung für das Vorliegen eines carcinomatösen oder ulcerösen Processes

nahe der Cardia bei, er ist von der Verwerthbarkeit dieser Erscheinung als Frühsymptom durch Section zweier Fälle von Carcinom der Curvat. min. überzeugt.

Kelling (7) giebt eine Verbesserung der Technik des Oesophagoscops an, welche darin besteht, dass K. zunächst ein Schlundbougie mit unten oval abgerundetem Ende einführt, welches gerade das Lumen des Tubus ausfüllt. Dasselbe wird bis zu eventl. Stenose eingeführt und der Tubus über dasselbe unter leicht drehender Bewegung hineingeschoben. K. warnt vor etwaigen Verletzungen bei der Oesophagoscopie, empfiehlt aber die Chloroformnarcose bei derselben.

Aus den von Mintz (10) angestellten Untersuchungen bei 3 Fällen von Oesophaguscarcinom geht hervor, dass die chemischen und motorischen Functionen ganz normal waren. In dem ersten Falle handelte es sich um ein Carcinom, das noch die Sonde durchliess, so dass man mit Hülfe dieser in dem Inhalte des nüchternen Magens einen Aciditätsgehalt von 0,192 pCt., bei einer 2. Untersuchung einen solchen von 0,260 pCt. feststellen konnte. Zwei andere Fälle waren gastrostomirt worden und gelang es, den Magensaft aus der Fistel zur Untersuchung zu gewinnen. In dem einen Fall stellte sich Superacidität heraus, in dem Falle nach einem Probefrühstück ein Aciditätsgrad von 0,248 pCt.

Vierhuff (13) theilt 2 Fälle von Perforation eines Oesophaguskrebses in die Aorta mit. In dem einen derselben ergab die genaue microscopische Untersuchung der Aortenwand, dass der Krebs auf die Adventitia bis auf die Media übergegriffen hatte. Die Media selbst war necrotisch zerfallen, wahrscheinlich als Folge einer mangelhaften Gewebsernährung durch Zerstörung der Vasa vasorum. Die Intima wurde dadurch stark verdünnt, indem sie dem andringenden Blutstrom keinen Widerstand mehr leisten konnte, und so kam es zum Durchbruch, bevor das Carcinom auch noch die beiden anderen Schichten der Gefässwand durchwachsen konnte. Verf. generalisirt diese Beobachtung dahin, dass es nicht ein mechanischer Einfluss von Seiten des Oesophaguscarcinom ist, der die Aorta zur Perforation bringt, sondern dass die Wandung derselben carcinomatös entarten muss, damit eine Bedingung zum Durchbruch geschaffen wird. — Ein solches Uebergreifen des Krebses auf die Aortenwand hat übrigens auch in den beiden unten mitgetheilten Fällen von Knaut, wenn auch nur in sehr beschränktem Maasse stattgefunden. Denn dort heisst es: „In der Wand der Aorta findet man in der Nähe der Perforationsstelle einige epitheliale Alveolen. Im Uebrigen sind die Aortenwandungen bis zur Intima Sitz einer kleinzelligen, rundzelligen Infiltration, und in dem anderen Fall: „der Process ist bis in die Aortenwand vorgeschritten. Auch noch in der Intima findet man epitheliale Alveolen eingesprengt. Daneben hat eine Rundzelleninfiltration stattgehabt."

Von 49 Fällen von Oesophaguscarcinom, welche innerhalb 15 Jahre in dem Krankenhaus zu Riga secirt wurden, fand sich eine Perforation in 26 Fällen, und zwar in die Lungen 12 mal, in einen Bronchus 4 mal, in die Pleura 4 mal, in die Trachea 2 mal, in den linken Bronchus und Trachea zugleich 1 mal, in die Aorta 2 mal, in das Mediastinum postic. 1 mal.

Auch Knaut (14) giebt in seiner Dissertation im Anschluss an 2 von ihm selbst beobachtete Fälle zunächst eine Zusammenstellung von 47 bisher in der Literatur niedergelegten Beobachtungen von Perforation eines Speiseröhrenkrebses in die benachbarten Blutbahnen, hauptsächlich in die Aorta, während er keinen Fall von Perforation der Vena cava sup. und A. pulm. dext. ermitteln konnte, trotzdem in den Handbüchern der Pathologie älterer und neuerer Zeit stets von der Dreiheit Aorta, V. cava sup. und A. pulm. dext. die Rede ist.

Der erste der vom Verf. selbst beobachteten Fälle weicht nicht von dem Bekannten ab. Es handelt sich um eine Perforation des Speiseröhrenkrebses in die Aorta. Der zweite Fall ist dadurch ausgezeichnet, dass der Krebs nur einen Theil des Umfanges der Speiseröhre einnahm, indem sich nur in der vorderen Wand ein 7 cm langes 5 cm tiefes Geschwür mit hochaufgewulsteten Rändern befand. Unterhalb des Geschwürs war der Oesophagus stark erweitert, und sanduhrförmig gestaltet. In diesem dilatirten Theil finden sich unterhalb des Carcinoms mehrere theils grauweisse, theils ganz weisse scharf umgrenzte Plaques von ziemlich harter Beschaffenheit und erbsen- bis 10 Pfennigstück-Grösse, welche sich bei näherer Untersuchung als eine Leucoplacie erwiesen. Es würde sich also in diesem Falle um das noch nie beobachtete Vorkommen einer Leucoplacia oesophagi und gleichzeitiges Carcinom der Speiseröhre handeln.

Microscopisch erwies sich an diesen Stellen der sonst überall intacte Epithelüberzug um das 5—8 fache der normalen Dicke vermehrt, und zwar besonders die tiefen cubischen Zellschichten. Die Papillen der Tunica propria sind weit zahlreicher als an normalen Stellen der Schleimhaut, und reichen durch die verdickte Epithellage hindurch bis zur Oberfläche. Eine starke Zellinfiltration hat in der Tunica propria stattgefunden und es erstrecken sich förmliche Rundzellenzüge in die Papillen hinein. In der Musculatur oberhalb und unterhalb des Krebsgeschwürs konnten Veränderungen gefunden werden, und Verf. zieht diesen Umstand an, um die von Ewald in einem ähnlichen Falle ausgesprochene Vermuthung zurückzuweisen, dass es sich in diesem wie in jenem Falle um eine passive Ueberdehnung der degenerirten und atonischen Musculatur durch die vor der Cardia zurückgehaltenen Speisen handele. Er ist eher geneigt hierin eine zufällige Complication nach Art des von Luschka beschriebenen Vormagens zu vermuthen.

Mazotti (15) bringt 9 Beobachtungen von Tuberculose des Oesophagus bei. 5 mal fehlten jegliche Symptome von Seiten des Oesophagus. In den anderen waren Schmerzen beim Schlucken vorhanden. Jedesmal traten die tuberculösen Ulcerationen nur als Nebenerscheinung einer Lungenphthise auf. Nur einmal kam es zu eigentlicher Tuberkelbildung; von diesen waren einzelne im Centrum ulcerirt. Die Menge der Ulcera

ist sehr verschieden. Vier, fünf und erheblich mehr werden beobachtet. Sie finden sich in allen Theilen der Oesophagus. Nur die kleinen Geschwüre sind rund. Die meisten sind elliptisch mit der Längsaxe von oben nach unten. Zuweilen fliessen sie zu unregelmässigen Figuren zusammen. Bald bleiben sie auf die Oberfläche beschränkt, bald fressen sie sich bis auf die Muscularis durch. Niemals wurde die Oesophaguswand durchbohrt oder eine Tendenz zur Narbenbildung bemerkt. Der Rest der Schleimhaut war meistens blass; nur in 3 Fällen fand sie sich leicht geröthet. Am häufigsten kommt es zur Oesophagustuberculose in Fällen von allgemeiner (nicht ausschliesslicher Lungen-) Tuberculose mit acutem Verlauf. Sie tritt erst in den letzten Stadien der Krankheit auf, wenigstens kam es in den 3 Fällen des Verf. in denen überhaupt über Schlingbeschwerden geklagt wurde, erst in den letzten 14 Tagen bis 3 Wochen vor dem Tode dazu. Die Entstehungsweise der tuberculösen Geschwüre kann entweder durch äussere Contagion, i. e. durch verschlucktes Sputum, oder auf dem Wege der Circulation zu Stande kommen.

III. Magen.

a) Allgemeines. Symptomatologie. Diagnostik. Therapie.

1) Riegel, F., Die Erkrankungen des Magens. I. Theil. Allgemeine Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. Wien. (Der vorliegende Band bringt die allgemeine Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten, Darstellung der Untersuchungsmethoden, medicamentöse Mittel, physicalische Hilfsmittel, chirurgische Behandlungsmethoden und Diät sind ausführlich beschrieben.) — 2) Rosenheim, Th., Pathologie und Therapie der Krankheiten des Verdauungsapparates. I. Theil. Krankheiten der Speiseröhre und des Magens. 2. Aufl. 1. Hälfte. gr. 8. Mit Holzschnitten. Wien. — 3) Fleischer, R., Specielle Pathologie und Therapie der Magen- und Darmkrankheiten. gr. 8. Mit Abb. Wiesbaden. — 4) Fleiner, W., Lehrbuch der Krankheiten der Verdauungsorgane. 1. Hälfte. Mund- und Rachenhöhle, der Speiseröhre und Magens. gr. 8. Mit 20 Abb. Stuttgart. — 5) Boas, J., Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. II. Theil. Leipzig. — 6) Penzoldt u. Stintzing, Handbuch der spec. Therapie innerer Krankheiten. 4. Bd. (Verdauungsorgane.) gr. 8. Jena. — 7) Wegele, C., Zur Therapie der Verdauungskrankheiten. I. Theil. Jena. — 8) Boas, J., Diät und Wegweiser für Magenkranke. 4. Aufl. Mit Holzschn. Berlin. — 9) Pariser, C., Skizze einer allgemeinen Diätetik für Magenkranke. gr. 8. Berlin. — 10) Schmidt, A., Untersuchungen über das menschliche Magenepithel unter normalen und pathologischen Verhältnissen. Virchow's Archiv. Bd. 143. S. 477. — 11) Blindermann, M., Ueber die Veränderungen des Blutes bei Magenkranken. Wien. med. Bl. No. 44. — 12) Strauss, Hermann, Ueber das specifische Gewicht und den Gehalt des Mageninhalts an rechtsdrehender Substanz, sowie über das Verhalten der HCl-Secretion bei Darreichung von Zuckerlösungen. (Aus der med. Klinik des Hrn. Geh.-Rath Prof. Riegel-Giessen.) Zeitschrift f. klin. Med. Bd. XXIX. Heft 3 u. 4. — 13) Oppler, Bruno, Zur Kenntniss vom Verhalten des Pepsins bei Erkrankungen des Magens. Centralbl. für inn. Med. No. 5. — 14) Benjamin, Richard, Beitrag zur Lehre von der Labgerinnung. Inaug.-Diss. Berlin. — 15) Schneyer, Magensecretion unter Nerveneinflüssen. Theorie der Magensecretion. Wien. klin. Rundschau. No. 4. — 16) Bial, Manfred, Ueber den Mechanismus der Gasgährungen im Magensafte. (Aus der Ewald'schen Abtheilung des Augusta-Hospitals.) Berl. klin. Wchschr. No. 3. — 17) Derselbe, Ueber den Mechanismus der Gasgährungen im Magensafte. Arch. f. experim. Pathol. und Pharm. XXXVIII. Bd. (Ausführliche Veröffentlichung der vorstehenden Arbeit mit Angabe des betreffenden Versuchsprotocolls.) — 18) Hage, J. J., Iets over gisting. Weekblad. No. 8. — 19) De Jager, L., De waarde van het sonden-onderzoek voor het maagchemisme. Ibid. II. 1. — 20) Strauss, Hermann, (Aus der III. med. Klinik der Charité. Senator.) Ueber die Entstehung von Schwefelwasserstoff und Indol im menschlichen Magen durch bacterielle Eiweisszersetzung. Berl. klin. Wochenschr. No. 18. — 21) Stern, R., Ueber Vorkommen, Nachweis und diagnostische Bedeutung der Milchsäure im Mageninhalt. (Zusammenfassendes Ref.) Fortschritte der Medicin. S. 570. (Für die klinische Untersuchung ist die Uffelmann'sche Reaction nach einem Ewald'schen Probefrühstück ausreichend: zur Milchsäurebildung ist hochgradige Herabsetzung der Salzsäuresecretion und Stagnation — wahrscheinlich auch eine erhebliche Schädigung der Resorption — nothwendig. Milchsäure findet sich besonders bei Magencarcinom, doch ist sie keineswegs ein specifisches Zeichen derselben.) — 22) Loevy, Sigismund, Ueber einen Fall von Pylorusstenose nach Oxalsäurevergiftung nebst Bemerkungen zur Milchsäuregährung im menschlichen Magen. (Aus der III. med. Klinik des Hrn. Geh. Med.-Raths Prof. Dr. Senator zu Berlin.) Inaug.-Diss. Berlin. — 23) Wissel, E., Ueber Gasgährung im menschlichen Magen. Zeitschr. f. physiol. Chemie. XXI. S. 254. — 24) Ewald, Ueber den Mechanismus der Magengährungen. Deutsche med. Wochenschr. Vereins-Beilage No. 12. (Discussion im Verein für innere Med. Berlin, im Anschluss an den gleichlautenden Vortrag von Bial [cfr. No. 16].) — 25) Agrestini, A., Su di un metodo clinico di analisi del succo gastrico. Raccogl. 10. IV. (Bespricht die von Robin angegebene Methode, die HCl mit Silbernitrat zu titriren und macht auf die derselben anhaftenden Fehlerquellen, vor Allem die Zerlegung der Chloride, aufmerksam.) — 26) Hoorweg, A. J. und W. A. Boekelmann, De misseling von het zuurgehalte van den maaginhoud. Weekblad. No. 23. — 27) Moraczewski, W. v., Eine Methode der quantitativen Salzsäurebestimmung im Magensaft. Deutsche med. Wochenschr. No. 2. — 28) Meinert-Dresden, Ueber normale u. pathologische Lage des menschlichen Magens und ihren Nachweis. Central-Bl. f. inn. Med. No. 12 u. 13. 21. März. — 29) Derselbe, Zur Frage von der diagnostischen Verwerthbarkeit der Magendurchleuchtung. Ebendas. 1895. No. 44. (Eine Polemik gegen Martius u. Melzing in Sachen der Gastrodiaphanie des Magens, welche in der Hand von Meinert ungenügende Resultate ergeben hat.) — 30) Einhorn, M., The state of the gastric mucosa in secretory disorder of the stomach. Med. Record.. June 27. — 31) Bouveret, L., Sur le Diagnostic de l'estomac biloculaire par l'insufflation. Lyon. méd. No. 5. — 32) Einhorn, M., Enteroptosis. The med. news. Septbr. 19. — 33) Kellogg, J. H., An exact method for determining the capacity of the stomach and the amount of residual contents. Modern med. pub. Co. — 34) Cornet, P., Sur l'éclairage électrique de l'estomac. Progrès méd. No. 36. (Hat in 70 Fällen die electrische Durchleuchtung vorgenommen, darunter 25 mal ohne Ergebniss, 15 mal mit zweifelhaftem und 30 mal mit gutem Erfolge. Er schliesst, dass die electrische Durchleuchtung schnellstens eine Dilatation und sehr häufig eine Gastroptose erkennen und die Diagnose gewisser Tumoren und einer Verdickung der vorderen Magenwand ermöglichen lässt.) — 35) Boardman, Reed, The diagnosis of changes in the size, position, and motility of the stomach in case where intragastric instruments cannot be used. Med. news. No. 3. (Bespricht die Me-

thoden, um ohne chemische Untersuchung des Mageninhaltes zu einer Diagnose verschiedener Magenerkrankungen zu gelangen.) — 35a) Derselbe, Dasselbe in Berl. klin. Wochenschr. No. 43. — 36) Benedict, A. L., The aspiration and chemical examination of the gastric contents. Med. news. Octbr. 24. (Nichts Bemerkenswerthes.) — 37) Boas, J., Ueber die Bestimmung der Lage und Grenzen des Magens durch Sondenpalpation. Centralbl. f. inn. Med. No. 6. — 38) Günzburg, A., Zur Therapie der Enteroptose. Münchener Wochenschr. S. 631—91. — 39) Bial, M., Ueber den Tiefstand des Magens bei Männern. Berl. Wochenschr. 14. 12. — 40) Benedict, A. L., The purely physical examination of the alimentary organs. The Medical and Surgical Reporter. August 29. No. 9. (Nichts Bemerkenswerthes.) — 41) Rosenheim, Theodor, Ueber Grstroscopie. (Aus der III. med. Klinik u. Universitätspoliklinik. Senator. Berl. klin. Wochenschr. No. 13). 14. 15. — 42) Kuhn, Franz, Die Metallschlauchsonde im Dienste der klinischen Diagnostik, insbesondere des Magen-Darmcanals. Münch. med. Wochenschr. 38. 39. (Will mit Hilfe von metallenen Spiralsonden durch den Pylorus bis in den Darm gelangt sein. Weitere Mittheilungen fehlen.) — 43) Derselbe, Die Sondirung des Pylorus am lebenden Menschen vom Munde aus. Münchener med. Wochenschrift. No. 29. — 43a) Derselbe, Dasselbe. Ebendas. — 44) Perl, Isert, Anatomische und klinische Beiträge zur Begründung der Gastroscopie. Inaug.-Diss. Berlin. — 45) Derselbe, Anatomische und klinische Beiträge zur Begründung der Gastroscopie. (Aus der III. medicin. Klin. u. Universitätspoliklin. Berlin, Geh. Rath Prof. Senator). Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XXIX. H. 5 u. 6. (Dasselbe wie in der Dissertation desselben Verf.'s.) — 46) Reale, Enrico. (Aus der I. med. Klinik des Prof. E. de Renzi in Neapel), Ueber Ausspülung des Magens mit Lapislösung. Wien. med. Wochenschr. No. 18. (Empfehlung derselben bei chronischen Pat. Die Silberlösung wird zu 0.25—1,5 p. Mille angewandt und mit 2—3 prom. Chlornatriumlösung nachgewaschen.) — 47) Grote, Georg, Klinische Erfahrungen über die Wirkung des Papains bei Magenkrankheiten. Deutsch. med. Wochenschr. (Aus der medicinischen Universitätsklinik in Giessen.) — 48) Robin, Albert, Traitement des dyspepsies. Bull. génér. de Thérap. T. CXXX. Livr. 1—12 u. T. CXXXI. Livr. 1 u. 2. (Eine eingehende Erörterung dyspeptischer Zustände, die ohne besondere Bezugnahme auf Literatur und andere Autoren eine Darlegung der Ansichten des Verf.'s in Vorlesungsform giebt. Zur Information über Auffassung und Methodik eines der ersten Vertreter der französisch. Schule wird man diese Abhandlung, auf die im Einzelnen einzugehen hier nicht der Raum ist, mit Interesse lesen.) — 49) Boardman, Reed, A few practical points in the treatment of the commoner diseases of the stomach. Med. and surg. reporter. Vol. LXXV. No. 14. (Nichts Bemerkenswerthes.) — 50) Salomon, Max, Ueber die Verwendbarkeit der Rosenheim'schen Magensonde zur Magendouche und einige zweckmässige Modificationen ders. Berl. klin. Wochenschr. No. 31. (Macht statt der senkrecht gegen die Längsachse des Schlauches gerichteten Durchbohrung bei der Magendouche eine solche, welche schräg von unten nach oben die Wand des Schlauches durchsetzt, wodurch ein fontänenartiges Ausstrahlen des Wassers erreicht wird.) — 51) Leo, H., Ueber die therapeutische Anwendung von diastatischem Ferment. Therap. Monatsh. Decemb. (Empfehlung der Takadiastase bei gestörter Stärkeverdauung, welche noch bei einem Gehalt bis zu 0,1 proc. Salzsäure wirksam ist, während die Wirkung des Speichelferments und der Maltose schon bei dem 10. Theil, also bei 0,01 proc. Salzsäure aufhört.) — 52) Carter, J. M. G., Functional indigestion, its causes and treatment. Med. News. October. 24. (Nichts Bemerkenswerthes.) — 53) Chittenden, R. H. and Lafayette B. Mendel, The influence of alcohol and alcoholic drinks upon the chemical processes of digestion, Amer. Journ. of med. Sc. Jan. April. March. — 54) Knight, M. W., Lavage as a therapeutic measure in diseases of the stomach. Med. and surg. Rep. Aug. 15. (Nur Bekanntes.) — 55) Bleything, George D., Uses of the stomach. Med. Record. No. 5. August 1. (Allgemeine Betrachtungen über Autointoxication und Harnsäure-Diathese als deren Resultat das Trinken von reinem Wasser und gelegentliche Verordnung von salicylsaurem Natron empfohlen wird.) — 56) Bergmann, J., Eine neue Methode zur Behandlung der sauren Dyspepsie. Berl. klin. Wochenschr. No. 6. — 57) Gross, M. (New-York), Die Magendouche und ihre Anwendung. Therapeut. Monatshefte. April. — 58) Linossier, Action du bicarbonate de soude sur la sécrétion gastrique à propos du mémoire de Reichmann. Bullet. Therap. p. 155 ff.

Um den zerstörenden Einfluss der Selbstverdauung des Magens auszuschliessen spritzte Schmidt (10) möglichst bald post exitum eine verdünnte Sublimatalcohollösung (2,5 Sublimat : 100 Alcohol 50 pCt.) oder eine wässrige $HgCl_2$-Lösung in den Magen ein. Zur Untersuchung gelangten 6 Fälle mit normalem Magenepithel, darunter ein 5 monatlicher Fötus, 3 Fälle mit acut entzündlichen Herden des Magens, daneben acute, durch Einführung von Alcohol bewirkte Reizzustände des Magens bei Kaninchen und Hunden, ferner 6 Fälle von chronischen Entzündungszuständen, 3 von Ulcus ventriculi und 3 von Gallertkrebs des Magens.

Das Magenepithel des normalen Magens ist eine von dem Epithel des Darmes wesentlich verschiedene Zellform, verschieden durch Gestalt und Secretionsproduct und ohne Uebergangsformen. Nur in einem Fall waren im Magen jenseits der Pylorusklappe einzelne versprengte Darmepithelien anzutreffen. Bei entzündlichen Zuständen des Magens bleibt das Epithel der Magenoberfläche in der Regel besser erhalten, als die Drüsenzellen, besonders bei den chronisch entzündlichen Processen. Bei den letzteren verwandeln sich die Epithelien an der Oberfläche und in den Epithelschläuchen der atrophischen Stellen in Darmepithelähnliche Zellen, ebenso in den eigenthümlich gewucherten Epithelschläuchen in der Umgebung des Ulcus ventriculi. Die Ursache dieser Umwandlung der Epithelien und ihre physiologische Bedeutung ist bisher unbekannt. Vielleicht nimmt mitunter das Gallertcarcinom des Magens seinen Ausgangspunkt von diesen Darmepithelschläuchen.

Blindermann (11) untersuchte im Ganzen 18 Magenkranke auf die Beschaffenheit ihres Blutes, und zwar:

8 mit Gastritis chronica mit und ohne Dilatation,
2 mit Gastritis acuta,
4 mit Ulcus ventriculi,
4 mit carcinomatöser Erkrankung des Magendarmtractus.

Bei jedem dieser 18 Kranken wurde das Blut 8—15 mal untersucht. Die Erfolge waren folgende: Beim acuten Magencatarrh zeigte das Blut keinerlei abnorme Veränderungen. Beim chronischen Catarrh des Magens und Dilatation war eine geringfügige Herabsetzung des Hämoglobingehaltes des Blutes zu con-

statiren; die Zahl der rothen Blutzellen war normal oder wenig unter der Norm, diejenige der meisten Blutzellen stets normal. Beim Ulcus ventriculi war eine Verringerung des Hämoglobingehaltes, sowie der rothen Blutzellen festzustellen, während die Zahl der weissen Blutzellen normal blieb. In den Fällen, wo weder Bluterbrechen, noch Chlorose und Anämie das Magengeschwür begleiteten, waren die Blutverhältnisse völlig normale, so dass die obengenannten Veränderungen des Blutes von den Begleiterkrankungen abzuhängen schienen. Bei den Kranken mit carcinomatöser Affection des Magendarmcanales war der Hämoglobingehalt des Blutes stets erheblich reducirt; derselbe überstieg niemals 60 pCt. Die Zahl der rothen Blutzellen ist gleicherweise erheblich herabgesetzt, während die weissen Blutzellen in 3 Fällen vermehrt, in einem dagegen normal an Zahl waren. Verf. resümirt folgendermassen:

1) Differentialdiagnose zwischen Magenkrebs und anderen Magenerkrankungen, besonders zwischen ersterem und dem chronischen Catarrh, wie auch der Magendilatation ist auf Grund der Blutuntersuchung immer möglich.

2) Die Differentialdiagnose zwischen Ulcus und Carcinoma ventriculi wird, mit Ausnahme sehr seltener Formen, durch die microscopische Blutuntersuchung bedeutend erleichtert.

3) Der Umstand, dass bei carcinomatösen Neubildungen das Sinken des Hämoglobingehaltes crescendo vor sich geht, im Gegensatz zum Ulcus, verdient besondere Berücksichtigung. Nach der Hämatemesis tritt wohl bei Ulcus eine mehr oder weniger starke Herabsetzung des Hämoglobingehaltes auf, aber bereits nach einigen Tagen haben wir die normalen Verhältnisse wieder. Eine Ausnahme machen nur die seltenen Fälle von Ulcus ventriculi, bei denen sich, wie Rosenheim nachweist, eine perniciöse Anämie entwickelt, die an der allmäligen Herabsetzung des Hämoglobingehaltes, der Zahl der rothen Blutkörperchen und dem Auftreten von Poikilo-, Micro- und Macrocyten erkannt wird.

4) Chronische Magencatarrhe mit bedeutende Dilatation rufen keine bedeutenden Veränderungen in der Zusammensetzung des Blutes hervor.

Strauss (12). Das specifische Gewicht des Magensaftfiltrates ist im Allgemeinen um so kleiner, je mehr in dem Filtrat das reine unvermischte Magensecret in den Vordergrund tritt, und um so grösser, je mehr das Filtrat mit Verdauungsproducten beladen ist. Die physiologische Breite, innerhalb welcher das specifische Gewicht 1 Stunde nach Probefrühstück oder $2\frac{1}{2}$ bis $3\frac{1}{2}$ Stunde nach Probemahlzeit sich bewegt, liegt zwischen 1010 und 1020. Ein specifisches Gewicht unter 1010 kommt insbesondere bei Hyperacidität, Hypersecretion und bei Gasgährung vor; dagegen werden Werthe, welche 1020 bedeutend überschreiten, fast nur bei Fällen von Subacidität angetroffen (resp. bei normaler Secretion in früheren Stadien der Verdauung).

Maassgebend für das specifische Gewicht ist in erster Linie der Zuckergehalt des Magensaftfiltrates. Viel geringer, aber noch nachweisbar, ist der Einfluss der sauren Phosphate, während der Gehalt an Eiweisssubstanzen gar nicht oder so gut wie gar nicht in Frage kommt. S. konnte deshalb die letzteren bei seinen Bestimmungen der rechtsdrehenden Substanzen mittels der Polarisation ganz vernachlässigen. Entsprechend dem grösseren Gehalt des Probefrühstücks an Zuckerbildnern war die Menge der rechtsdrehenden Substanzen bei diesem regelmässig grösser als bei Probemahlzeit. Die grössten Werthe erhielt S. bei Probefrühstück und fehlender HCl.

Sowohl subacide als superacide und normale Magen besitzen die Fähigkeit, Lösungen von hohem Zuckergehalt zu verdünnen. Solche Lösungen verweilen relativ lange im Magen ($1\frac{1}{2}$—3 Stunden). Ob es sich dabei ausschliesslich um Resorption oder um wirkliche Verdünnung (Abscheidung eines wässerigen Secretes) handelt, ist nicht sicher zu entscheiden: so viel ist gewiss, dass die Säureabscheidung nach Einführung von Zuckerlösungen eine bedeutend geringere ist, als nach Probefrühstück.

Darnach würde sich empfehlen bei Erkrankungen des Magens mit Hyperacidität Zuckerlösungen zu geben, sofern nicht eine gleichzeitige Herabsetzung der Motilität Ursache längeren Verweilens derselben im Magen und Gährung sein könnte. (Auf diese Weise würde sich auch die von J. Hirschberg schon vor längerer Zeit sehr lebhaft empfohlene Zuckerdarreichung bei Magenkrankheiten erklären.)

Oppler (13) hat Untersuchungen über das Verhalten des Pepsins bei verschiedenen Magenkrankheiten angestellt. Der Magen wurde eine Stunde nach einem Probefrühstück durch wiederholtes Nachgiessen kleiner Mengen Wasser vollständig entleert. Der gewonnene Mageninhalt wurde mit destillirtem Wasser auf 1 oder 2 Liter aufgefüllt und auf eine Acidität von 77 (0,3 pCt. Salzsäure) gebracht. Mit diesem Gemisch wurden Verdauungsversuche angestellt, indem 50 ccm desselben mit 20 ccm einer neutralen Eiweisslösung von 2,1 pCt., deren Stickstoffgehalt nach Kjeldahl ermittelt war, versetzt wurden. Nach 3 stündiger Digestion bei Körpertemperatur und nach „Ausfällung und Coagulation des unverdauten Eiweisses, Acidalbumin etc." wurde der Stickstoff im gelösten Theil wiederum bestimmt und auf Eiweiss umgerechnet. Gleiche Versuche wurden mit weiteren Verdünnungen des ursprünglichen Mageninhaltes vorgenommen. Es ergaben sich folgende bekannte Verhältnisse: 1. Je verdünnter ein Mageninhalt ist, desto schlechter verdaut er. 2. Bei allen Krankheiten des Magens, die mit herabgesetzter Salzsäuresecretion verbunden sind, ist auch die Pepsinwirkung abgeschwächt, resp. fehlt. Wo eine Steigerung der Salzsäuresecretion stattfindet, ist auch die Pepsinwirkung gesteigert. Allerdings findet ein völliges Parallelgehen beider Componenten nicht statt. Gerade hier, wo die Frage neu und interessant wird, d. h. wo es gegolten hätte, den Umstand zu erklären, warum in einzelnen

Fällen bei mangelnder Salzsäureabsonderung doch noch eine Fermentsecretion zu Stande kommt, gerade hier setzen die Versuche des Verfassers an.

Die Untersuchungen von Benjamin (14) erstreckten sich 1. auf das Verhalten von Lab gegenüber dem Casein der Milch bei Gegenwart fremder Substanzen resp. bei verschieden behandelter Milch. Dieselbe gerinnt am schnellsten bei saurer Reaction, langsamer bei neutraler. Allzu alkalische Beschaffenheit der Milch hebt die Gerinnung ganz auf. Verdünnung mit Wasser oder Chloroformwasser verzögert ebenfalls die Gerinnung. Gekochte Milch gerinnt, sterilisirte nicht, doch ist für das Chloroform zu bemerken, dass es in ganz kleinen Quantitäten die Gerinnung befördert, in grösseren dagegen hemmt. 2. Die Einwirkung des Labs auf andere Eiweisskörper thierischen und pflanzlichen Ursprungs. Hierbei ergab sich, dass das Lab nur auf das Casein der Milch, sonst auf keine Stoffe thierischen oder pflanzlichen Ursprungs wirkt; ferner: alle mit Lab gerinnenden Caseinlösungen, ebenso wie die Milch reagiren für Lacmoid alkalisch, für Phenolphtalein sauer, und endlich ist eine Caseinlösung nur bei Anwesenheit von löslichen Kochsalzen, z. B. Calciumchlorid und Calciumsulfat gerinnbar.

Bei der Nachprüfung verschiedener Angaben von Peters über Casein und Labgerinnung konnte die Behauptung, dass es nicht gelänge, durch einfaches Ansäuern der Milch alles Casein auszufällen, nicht bestätigt werden: nach Peters soll man aus dem Filtrat vom Casein, wenn man es neutralisirt und ansäuert, wiederum einen Caseinniederschlag erhalten, dieses gelang niemals. Ebensowenig konnte die Angabe von Peters, dass Lösungen von Casein in Kalkwasser durch Lab zur Gerinnung gebracht werden können, bestätigt werden: eine typische Gerinnung trat niemals ein, höchstens ein schwacher Bodensatz. Die Versuche, eine Lösung von Alkalialbuminat in Kalkwasser und eine solche des Eiweiss aus Weizenmehl durch Lab entsprechend den Angaben von Peters zur Gerinnung zu bringen, verliefen gleichfalls vollkommen negativ.

Schneyer (15). An curaresirten, künstlich respirirten Hunden, bei denen ein etwaiger Zufluss von Speichel oder durch Antiperistaltik heraufbeförderter Flüssigkeit zum Magen auf geeignete Weise verhindert war, werden der Vagus und Splanchnicus mit tetanisirenden, intermittirenden Strömen gereizt, der Magensaft jedesmal durch eine Canüle aspirirt.

Nur beim Reizen des peripheren Vagusendes setzt eine Secretion von Magensaft ein, die häufig 5—6 Minuten nach Aufhören des Reizes stärker wird, in den meisten Fällen sogar jetzt erst eintritt. Letzterer Umstand schliesst eine durch den Nervenreiz bedingte Steigerung der Motilität des Magens als Ursache der Secretionsvermehrung aus. Nach 48 stündigem Fasten enthält der Magensaft keine freie und gebundene Salzsäure mehr, besitzt auch nicht die Fähigkeit, nach Salzsäurezusatz Fibrin zu verdauen, fixe Chloride sind noch vorhanden. Bleiben die Thiere durch Verabreichung von Nährelysmen im gewöhnlichen Ernährungszustand, so enthält der auf Vagusreizung secernirte Saft wieder Salzsäure und verdaut Fibrin. Daraus geht hervor, dass Inanition die Ursache der Nichtausscheidung der Salzsäure ist, dass diese auch nicht durch den Reiz der Ingesta aus fixen Chloriden im Mageninnern erst gebildet wird.

Fixe Chloride werden durch den Reiz der Magenschleimhaut aus dem Blute zum Magen hingelenkt und hier durch die Thätigkeit der Drüsenzellen in salzsäurehaltigen Magensaft verarbeitet. Im ersten Theile der Verdauung findet eine stärkere Inanspruchnahme der fixen Chloride statt, auf ihre Kosten steigt die Menge der Salzsäure im secernirten Magensaft. Nachlassen der specifischen Drüsenthätigkeit im zweiten Theile der Verdauung nimmt sie weniger in Anspruch und lässt ihre Menge in dem Maasse wachsen, als die Secretion der Salzsäure abnimmt.

Auf Veranlassung von Ewald hat Bial (17) die Beziehungen der Gasgährung im Magensaft zu seinem Gehalt an Salzsäure und Salzen bezw. an Kochsalz einer methodischen Untersuchung unterworfen. Es wurde dabei stets ein gleiches Quantum Flüssigkeit mit einem Traubenzuckergehalt von 2 pCt. und bestimmten Mengen von Hefe, Kochsalz und Salzsäure bei 40° der Gährung überlassen. Was zunächst den Einfluss des Kochsalzes ohne gleichzeitige Säurebeigabe betrifft, so äussert sich derselbe in einer zunächst zunehmenden, bei steigenden Dosen aber absinkenden Gährungsintensität, so dass bei einer gewissen Menge von Salzzusatz ein Optimum eintritt, mit steigender Salzmenge aber die gebildete Gasmenge aber mehr und mehr sich verringert, bis sie schliesslich unter denjenigen Werth sinkt, welchen die Gährung ohne Salzzusatz ergiebt. Die Hefemenge war dabei in diesen wie in den andern Versuchen eine möglichst kleine und stets gleichmässig gewählte.

Der Salzsäuregehalt der Gährflüssigkeiten wurde nun so gewählt, dass er den 3 Typen des Magensaftes entsprach, nämlich einem hypaciden Safte mit 0,06 pCt. Salzsäure, einem normalen mit 0,12 pCt. und einem hyperaciden mit 0,24 pCt. Alle diese Lösungen zeigten ohne Kochsalzzusatz ein deutliches Hemmungsvermögen auf die Gährung; bei Zusatz von Kochsalz zeigte sich aber folgendes Verhalten: In den hypaciden Lösungen gelang es, durch steigende Kochsalzdosen von 0,8 bis 6 pCt. die antiseptische Wirkung der Salzsäure auszugleichen, dann trat ein Indifferenzpunkt ein, während noch grössere Kochsalzmengen die schon vorhandene Hemmungswirkung der Säuren verstärkten. Bei normal aciden Lösungen hob Kochsalzzusatz von 0,8—3,75 pCt. die Hemmungswirkung der Säure ganz oder zum Theil auf. Bei 4,5 pCt. zeigte sich gar kein Einfluss, während höhere Zusätze die antiseptische Kraft der Salzsäure verstärkten. Hyperacide Salzsäurelösungen wurden unter allen Umständen durch Zusatz von Chlornatrium (0,8 pCt. und mehr) in ihrer Hemmungswirkung verstärkt. Dasselbe wie von den künstlichen Magensaftlösungen mit freier HCl gilt auch von solchen Gemischen, bei welchen die Salzsäure an Pepsin oder

Pepton gekettet ist, nur mit dem Unterschiede, dass das Chlornatrium auf alle drei Arten einen gährungsbefördernden Einfluss ausübt. Schliesslich untersuchte B. auch das Verhalten nativer Magensäfte, von denen er ebenfalls die 3 Typen in Verwendung nahm. Von den hyperaciden Magensäften stellte er durch künstlichen Salzsäure-Zusatz zwei verschiedene Formen her, nämlich solche mit 0,24 pCt. gebundener und 0,06 pCt. freier Salzsäure, und umgekehrt mit 0,24 pCt. freier HCl und 0,06 pCt. gebundener HCl. In den Magensäften mit den grossen Mengen gebundener HCl trat dann eine entsprechende Beförderung der Gährung nach Kochsalzzusatz ein, bei Hefemengen, die für sich allein absolut unfähig waren, unter der Wirkung eines so starken Antisepticums Gährung zu erregen. Ganz anders war das Verhalten bei den Magensäften mit dem grossen Bruchtheil an freier HCl. Hier war es nicht möglich, die antiseptische Kraft durch Kochsalzzusatz zu überwinden, selbst wenn verhältnissmässig grosse Hefenmengen der Lösung zugesetzt wurden. Zum Schluss zieht B. die Rückschlüsse aus diesen Versuchen auf die Pathologie und Therapie der Magengährungen, besonders auch hinsichtlich der Wirkung einer Reihe von therapeutisch angewandten Desinficientien und der Mineralwässer.

Hage (18) bespricht den Einfluss schwacher Sublimatlösungen auf die Gährung und wendet sich gegen die gleichartigen Versuche Biernacki's (s. Jahresber. 1891) mit folgenden Sätzen:

1. Biernacki nimmt an, dass die Hefezellen, je nachdem sie alt, jung, frisch oder ermüdet sind, ungleiche Quantitäten CO_2 zu produciren vermögen, welchen Umstand man bei den Resultaten der Versuche in Rechnung bringen muss; nirgends zeigt sich aber, dass er das auch wirklich gethan hat.

2. Biernacki achtet nicht auf den Absorptionscoefficienten, welcher für CO_2 sehr gross ist.

3. Biernacki arbeitet mit Zuckerlösungen und Instrumenten, welche nicht steril sind, also kann er den Einfluss anderer Bacterien nicht ausschliessen.

Deswegen hat Hage Biernacki's Versuche controllirt und mit sterilen Pipetten und Einhorn'schen Röhrchen, sterilen Zuckerlösungen (1 proc. Rohrzuckerlösung durch 0,1 pCt. invertirt und nachher sterilisirt) gearbeitet, sowie frischer, reiner Hefe, welche im Laufe eines Tages mehrfach geschüttelt worden war. Resultat:

Gleiche Menge Zuckerlösung, gleiche Menge Hefeemulsion:

Röhrchen mit Sublimat (1 : 300000) 0,1 Vol. CO_2.
" ohne " 0,2 " CO_2.

In Röhrchen mit und ohne Sublimat, jedoch mit weniger tüchtig geschüttelter Hefeemulsion war das Endresultat in allen Röhrchen ungefähr dasselbe.

Hage fand auch, dass Beimengung von Bacterien die Schnelligkeit des Gährungsprocesses hemmen konnte, dass aber in Gegenwart von Sublimat der Process wiederum schneller verlief (macht dafür die bacterientödtende Wirkung des Sublimats verantwortlich).

Ueber den Einfluss des Kochsalzes auf die Gährung HCl-haltiger Flüssigkeiten fand Hage, dass die Versuche Bial's im Allgemeinen richtig sind, dass HCl und NaCl jedes für sich eine hemmende Wirkung auf die Gährung ausüben, dass eine Combination innerhalb gewisser Grenzen die Gährung befördert; er nimmt an, dass eine Erklärung dieser Erscheinung in einer gegenseitigen Einwirkung beider Stoffe gelegen ist, und fragt, ob vielleicht diese Einwirkung im Zusammenhang mit Jonenspaltung stehen kann oder ob der Unterschied in der Osmose eine Rolle spielen kann (— für Säuren und + für Salze).

Bial sagt, dass verschiedene Salze einen derartigen Einfluss wie NaCl ausüben; wenn das wirklich der Fall ist, was bleibt dann, so fragt Hage, übrig von dem diagnostischen Werth der Nachgährung? (Strauss, Zeitschr. f. klin. Med. 26. u. 27. Bd.)

De Jager (19) lässt sich über den Werth der Sondenuntersuchung für den Magenchemismus aus.

Nach den Versuchen Grützner's (Injection von Kohlenpartikelchen, zerschnittene Haare ins Rectum) ist es zweifelhaft, wenn eine gewisse Substanz an eine bestimmte Stelle des Darmcanals gefunden wird, ob dieselbe aus einem höher gelegenen Theile des Canales kommt. Er hat früher bewiesen, dass antiperistaltische Bewegungen durch das Einführen der Magensonde hervorgerufen werden können, und meint nun in Folge dessen und der Grützner'schen Versuche, dass das Resultat der Sondenuntersuchung für die Physiologie als werthlos betrachtet werden muss. Bei Patienten steht die Sache anders. Wenn fest steht, dass man bei normalen Individuen unter bestimmten Umständen eine bestimmte Masse hervorheben kann, und man bekommt beim Kranken ein anderes Resultat, so kann man hieraus bestimmte Schlüsse ziehen; doch darf man indessen nicht meinen, dass wir hierbei auf physiologischem Boden stehen.

Strauss (20) hat in dem Mageninhalt eines Mannes, welcher an Darmstenose litt, erhebliche Mengen von Schwefelwasserstoff nachgewiesen. Sowohl roch der aus dem Magen entnommene Inhalt stark nach Schwefelwasserstoff, als auch gab derselbe, zur Gährung angesetzt, reichliche Mengen dieses Gases. Aus dem Mageninhalt konnten unter aseptischen Cautelen Culturen angelegt werden, die mit Sicherheit das Vorhandensein des Bacterium coli commune nachwiesen, von welchem Str. annimmt, dass es die Ursache der Schwefelwasserstoffbildung sei, während er die naheliegende Vermuthung, dass der Schwefelwasserstoff und mit ihm das Bacterium coli aus dem Darm in den Magen hoch gekommen sei, gar nicht discutirt. Dieses wird um so wahrscheinlicher, als sich in dem Mageninhalt sowie in der daraus angefertigten Anaërobenbouilloncultur eine Indolreaction erhalten liess, und bei einer späteren Untersuchung desselben Pat., als ebenfalls ein acuter Ileusanfall vorlag, kein Schwefelwasserstoff vorhanden war. Wenn der Mageninhalt mit Traubenzucker vermischt zur Gährung angesetzt wurde, so trat eine Gasgährung auf, die zu $^5/_6$ aus Kohlensäure bestand. Hefe war aber in dem Mageninhalt

nicht vorhanden, auch waren „weder macroscopisch noch microscopisch Kothbeimengungen zu erkennen".

Loevy (22) beschreibt einen der seltenen Fälle von Oxalsäurevergiftung, bei welchem es zu einer narbigen Stenose des Pylorus gekommen war, und zwar haben sich die Zeichen derselben bereits 3 Wochen nach der Intoxication (der betreffende Patient, ein 52jähriger Mann hatte in selbstmörderischer Absicht ca. 600 g Zuckersäure getrunken) eingestellt. Auffallender Weise fingen dieselben mit einer plötzlichen Attacke unter Schmerzen und Erbrechen an und es traten die bekannten Erscheinungen einer motorischen Insufficienz auf. Der Patient magerte mehr und mehr ab, es wurde die Gastroenterostomie ausgeführt, wonach der Pat. in Kürze starb. Die Section zeigte, dass der Magen keineswegs vergrössert war, was auch dem Befund intra vitam entsprach, welcher die grosse Curvatur niemals unterhalb des Magens erkennen liess. An dem Pylorus fanden sich contrahirende Narbenzüge, seine Wand bedeutend verdickt, die Submucosa indurirt. Auch sonst fanden sich zahlreiche, zum Theil lang ausgedehnte strahlige Narben in der Schleimhaut. I. v. hatte sich erhöhte Gährungsfähigkeit des Mageninhalts im Brutofen, Stagnation des Mageninhaltes mit Anhäufung von Bacillen verschiedenster Form, vollständiges Fehlen der freien Salzsäure, nur Spuren gebundener Salzsäure, dagegen reichlich Milchsäure gefunden. Er macht darauf aufmerksam, dass die hochgradige motorische Insufficienz verbunden mit bedeutender Herabsetzung der Saftsecretion Ursache der Milchsäuregährung war und wiederum die Unrichtigkeit des Satzes zeigt, dass der Nachweis pathologischer Mengen von Milchsäure im Mageninhalt mit den Carcinomen des Magens in irgend welchem specifischen Zusammenhange steht. Ebensowenig wie die langen Bacillen, die eine Zeit lang für pathognomonisch bei Krebs angesehen wurden, aber neben Bacterium coli auch im Mageninhalte dieses Pat. vorkamen.

Wissel (23) hat in 6 Fällen von Magenkrankheiten ausgedehnte Untersuchungen über die im Magen enthaltenen Gase mittelst des von G. Hoppe-Seyler angegebenen, etwas modificirten Apparates ausgeführt und im Anschluss daran auch über die Gase, welche sich durch Gährung aus dem ausgeleerten Mageninhalt entwickelten. Es handelt sich um drei Fälle von Magenectasie in Folge von Verengerung des Pylorus, 2 Fälle von Gastritis chronica und einen Fall von Carcinom mit Milchsäuregährung, während bei den anderen mehr Buttersäuregährung bestand.

Den dem Magen entnommenen Gasen ist stets eine gewisse Menge atmosphärischer Luft beigemengt, der Sauerstoff ist dabei im Verhältniss zum Stickstoff — verglichen mit der Zusammensetzung der Luft — vermindert, sei es durch Absorption von O durch die Schleimhaut, sei es in Folge von Verbrauch durch die Microorganismen im Magen. In fast allen Fällen fand sich Kohlensäure und Wasserstoff, und zwar annähernd in dem Verhältniss 1 : 1, nur in Fall 6 fehlte der Wasserstoff. Je weniger Luft den Gasen beigemischt ist, je höher die Werthe für CO_2 und H sind, je mehr Gas und je leichter es gewonnen wird, um so stärkere Gährungsvorgänge kann man im Magen annehmen. Die bei der Nachgährung sich entwickelnden Gase haben im Allgemeinen denselben Gehalt an CO_2 und H. Einen sehr erheblichen Einfluss auf die Magengährung haben einzelne Medicamente, namentlich Natr. salicyl. und Natr. sulfuros. Die Gährung hörte auf und gleichzeitig damit die subjectiven Beschwerden. Andere Mittel waren weniger wirksam. Regelmässig fanden sich im Mageninhalt, auch in solchem, welcher reichlich Salzsäure enthielt, „Stäbchenbacterien", die nicht näher untersucht sind, in grosser Menge, dagegen fehlte häufig oder war jedenfalls sehr vermindert die sonst reichlich vorhandene Sarcine.

Hoorweg und Boekelmann (26) haben folgende Versuche über den Wechsel des Salzsäuregehalts des Mageninhalts angestellt. Bei Menschen: Morgens früh Reinigung des Magens mittelst Wasser von 37°. Danach Entleerung.

Probefrühstück nach Talma (Bouillon); nach einer Stunde Bestimmung der Acidität. Den nächsten Tag wurde der Bouillon eine bestimmte Quantität HCl hinzugefügt, jeden folgenden Tag etwas mehr; nach einer bestimmten Zeit wurde der Mageninhalt geprüft. Die Acidität konnte unmittelbar auf HCl berechnet werden. Oder den Patienten wurde der Magen mittelst HCl-Lösungen ausgespült und ein Theil hiervon im Magen zurückgelassen und nachher wieder geprüft.

Bei Thieren wurden die Versuche dermaassen gemacht, dass vorher bei zwei normalen Kaninchen die Acidität nach bestimmter Zeit bestimmt wurde. War dies einmal festgestellt, dann wurde bei einem Kaninchen, das 24 Stunden nüchtern geblieben war, der Oesophagus am Halse zugebunden. Nachher wurde im warmen Bade (37—40° C.) die Laparotomie ausgeführt, das Duodenum dicht hinter dem Pylorus zugebunden und die Bauchwunde vernäht. Nach 7 Stunden wurde das Thier mit Chloroform getödtet, der Oesophagus dicht vor der Cardia geschlossen, der Magen herausgenommen, abgespült und der Inhalt untersucht.

Die Verfasser kamen zu folgenden Resultaten: 0,29 bis 0,365 HCl auf 1 Liter hat nur wenig oder gar keinen Effect auf den Säuregehalt des Magens. Stärkere Solutionen (1,2 HCl pM.) setzen bei Menschen die Acidität stark herab (? Ref.); jedoch bleibt der Cl-Gehalt ziemlich derselbe. Bei Thieren wurde durch HCl oder Essigsäure die Acidität herabgesetzt. Der Magen reagirte durch Secernirung einer ziemlich grossen Quantität Flüssigkeit. In einigen Versuchen war nebenbei Zunahme des totalen Cl-Gehalts zu constatiren (durch Secretion von NaCl). Weiter Neutralisation von HCl (starke Zunahme anorganisch gebundener Cl). Neutralisation der Essigsäure (Befund von Natriumacetat) und Resorption (keine freie Säure war da).

Schwache NaOH-Lösungen haben bei Menschen keinen Einfluss auf die Acidität des Magensaftes.

Bei Thieren folgte nach Einführung ziemlich starker KOH-Lösungen (1 pM.) Zunahme der Flüssigkeitsmenge, Herabsetzung der Alkalescenz bis zur sauren Reaction. Herabsetzung des Chlorgehalts durch Secretion von HCl

und NaCl. Herabsetzung der normalen Salzsäuresecretion.

Moracewski (27) benutzt zur Trennung der freien Säure von den Salzen eine Mischung von 1 Theil Alcohol und 3 Theilen Aether. Er dampft den Magensaft bis auf 1 ccm ein, versetzt ihn mit der Mischung bis zu 100 ccm., filtrirt, schüttelt einen bestimmten Theil (gewöhnlich die Hälfte) des ursprünglichen Volumens mit Wasser und wenig (4 ccm) $^1/_{10}$ Normallösung und titrirt mit $^1/_{50}$ normaler Silberlösung unter Anwendung von einigen Tropfen Kaliumchromat. Die Methode ist nach M. „wenigstens in der Theorie einwandsfrei und in der Ausübung vor den anderen durch keinerlei Schwierigkeiten ausgezeichnet.“ Salzsäureverluste finden beim Eindampfen des ursprünglichen Mageninhalts nicht statt, da HCl erst in 20 proc. Lösung flüchtig ist.

Die Abhandlung von Meinert (28) umfasst die gesammten bei der Gastroptose in Frage kommenden anatomischen und klinischen Momente.

Für angeboren und persistent hält M. die Senkung des Magens nicht. Allerdings wird jeder Mensch mit einem verticalstehenden Magen geboren, der aber sehr bald unter dem Einfluss dsr Nahrungsaufnahme und der Zwerchfellsthätigkeit in die normale Lage übergeht. Bei älteren Säuglingen hat M. niemals einen abweichenden Befund gehabt.

Bekannt ist, dass Verf. die Gastroptose als eine der häufigsten Anomalien besonders beim weiblichen Geschlecht ansieht, die bei jungen Mädchen bis zu 80 und 90 pCt. erreichen kann (bei Männern nur 5 pCt.) und dass er die Gastroptose in ursächliche Verbindung mit der Chlorose bringt. Er betont, dass es sich bei der Gastroptose niemals um eine Senkung des Organs in toto handeln könne, weil die Cardia immer ein Punctum fixum bilde an dem der Magen gewissermaassen pendle und in eine verticale, subverticale oder Schlingenstellung absinke. Dies lasse sich auch bei der Section stets constatiren und eine Rückkehr in diese normale Lage finde auch p. m. nicht statt.

Die Bemerkungen über die Methoden des Nachweises der Gastroptose — Verf. bevorzugt die Aufblähung mit grossen Mengen Natr. bicarbon. (8,0 g) und Acid. tartar. (6,0 g) oder mit direct eingetriebener Luft — bieten nichts Neues. Einen grossen Theil der Arbeit nimmt eine Polemik gegen Martius und Meltzing ein, denen Verf. vorwirft, durch falsche Anwendung resp. Verwerthung der electrischen Magendurchleuchtung zu Trugschlüssen über die wahre Lage des Magens gekommen zu sein, indem sie pathologische Bilder für den Ausdruck der normalen Lage des Magens gehalten hätten.

Einhorn (30) bespricht in einer auf die microscopische Untersuchung von kleinen Schleimhautstückchen, welche beim Ausspülen des Magens gelegentlich herausgerissen werden, gegründeten Betrachtung, den diagnostischen Werth dieser Untersuchungen. Er fand folgende Zustände: 1. normale Schleimhaut, 2. Vermehrung des interstitiellen Gewebes, 3. Proliferation der Drüsenschläuche, 4. beginnende Atrophie, 5. ausgesprochene Atrophie und 6. Vacuolenbildung als Resultat einer schleimigen Degeneration vereinzelter Drüsenzellen.

Er kommt zu dem Schluss, dass man auf das Ergebniss einer solchen Untersuchung hin nichts destoweniger eine positive Diagnose nicht stellen könne, und dass es auch häufig schwer sei, zu entscheiden, ob die gefundenen Veränderungen als Folge oder als Ursache der Magenerkrankung aufzufassen seien.

In einer ausführlichen Besprechung, welche einem Falle von Sanduhrmagen gewidmet ist, macht Bouveret (31) darauf aufmerksam, dass durch die Aufblähung eines derartigen Magens ein Verschluss des oberen Abschnittes des Organs dadurch zu Stande kommen kann, dass die in die Wand des Magens hineinragende und denselben in 2 Abschnitte theilende narbige Einschnürung sich wie im Ventil an die gegenüberliegende Wand anlegen kann, und auf die Weise die obere von der unteren Tasche absperrt. So kann es kommen, dass man ein Succussionsgeräusch unterhalb des Nabels erzeugen kann, während die bei der Aufblähung entstehende Verwölbung oberhalb des Nabels bleibt. Unter diesen Umständen muss eine Differentialdiagnose zwischen einer Dilatation der Därme und einem Sanduhrmagen unterscheiden, was in dem jeweiligen Falle durch die entsprechenden klinischen Ueberlegungen bezw. durch Luft- und Wassereinlauf per rectum zu geschehen hat. Von Wichtigkeit ist auch, dass die rechtsseitige Grenze des aufgeblähten Magens in der Mittellinie oder etwas nach links von derselben bleibt, was mit der Lage des Pylorus nicht correspondirt.

Aus den Mittheilungen von Einhorn (32) über Enteroptose ist hervorzuheben, dass derselbe die Gastrodiaphanie für ein gutes diagnostisches Hülfsmittel ansieht, dass er das grosse Ueberwiegen des weiblichen Geschlechtes betont (6,2 pCt. Männer, 34,8 pCt. Weiber) und dass er angiebt, dass viele Fälle von Gastroptose ohne irgend welche krankhafte Erscheinungen bestehen können. Von der Aufblähung des Magens mit grossen Gaben Kohlensäure nach Meinert bemerkt er mit Recht, dass derselbe den Magen überdehnt und dadurch zu falschen Resultaten gelangt sei.

Die Methode von Kellogg (33), um die Capacität des Magens und die Menge der darin verbleibenden Rückstände zu messen, beruht auf folgendem: Es wird eine Quantität von 200 ccm einer Jodlösung von 0,02 pCt in den Magen eingebracht, durch tiefes Athemholen gut mit dem Mageninhalt vermischt und nun mit der Magenpumpe 50—100 ccm aus dem Magen entfernt, dann wird durch den Magenschlauch Wasser in den Magen gegossen, indem man den Wasserspiegel des Gefässes ungefähr so hoch wie die Schulter des Pat. hält. Die Menge des Wassers, die auf diese Weise einfliesst, wird an dem Irrigator gemessen, wiederum die Flüssigkeit in dem Magen gut durchgemischt und alsdann 300—400 ccm Mageninhalt in ein zweites Glas ausgehebert. Endlich wird eine 2. Portion von 200 ccm der Jodlösung eingegossen, wiederum der Mageninhalt gut durchgemischt und nun so viel abfliessen gelassen, wie ohne Weiteres abfliesst; auch diese Menge wird bestimmt. Indem nun

in den 3 gewonnenen Proben der Jodgehalt bestimmt wird (wie wird nicht angegeben), kann aus den gewonnenen Daten der ursprüngliche Mageninhalt und die Capacität des Magens berechnet werden. Der dabei durch Resorption des Jods resp. Uebergang der Magencontenta in den Darm gemachte Fehler wird von K. nicht für gross genug gehalten, um die Genauigkeit seiner Berechnung zu stören, welche nach folgenden Formeln geschehen soll:

$$\frac{n \cdot r}{n'} - r = x, \text{ Inhalt des Magens in ccm}$$

$$(1) \quad \frac{n \cdot r}{n'} - a + q = y, \text{ Capacität in ccm}$$

$$(2) \quad \frac{n \cdot r}{n''' - n''} - r + b = y, \text{ Capacität in ccm}$$

wobei r = 200 ccm der Jodlösung, q = der Menge des destillirten Wassers, die nothwendig ist, den Magen zu füllen, a, b, c = der jedesmaligen Menge des entfernten Mageninhaltes, n′, n″, n‴ = der Menge von Jod in 100 ccm in a, b, c ist, während n die Menge von Jod in 100 ccm der Jodlösung, d. h. 20 mg bedeutet.

Boas (37) hat den Umstand benutzt, dass man gelegentlich den tief in den Magen eingeführten Schlauch, entsprechend der Lage der grossen Curvatur durch die Bauchdecken fühlen kann, um hierdurch die Lage der letzteren und der Pars pylorica abzutasten. Besonderen Werth dürfte das Verfahren für die Ermittelung der Verticalstellung des Magens haben. Dass dasselbe einen besonderen Vorzug vor den bisher geübten Methoden der Bestimmung der Lage des Magens besitze, wird man dem Verfasser indessen nur schwer zugeben können.

Günzburg (38) hat gefunden, dass Patienten, welche die typischen Symptome und Beschwerden der Enteroptose darbieten, mit grossem Vortheil täglich mehreremals erbsen- bis bohnengrosse Stückchen frischer Presshefe nehmen können. Dadurch entwickelt sich ein leichter Meteorismus der Därme und eine leichte Spannung der erschlafften Bauchdecken. Hiermit hängt es zusammen, dass sich gaserfüllte Darmschlingen zwischen Aorta und sensible Bauchwand schieben und auf diese Weise das überaus lästige Symptom der Pulsation der Aorta schwindet. Ebenso wird der Stuhlgang günstig beeinflusst, er nimmt normale Gestalt an, und die Schleimmassen in und um denselben kommen zum Wegfall. Kurzum, es tritt eine allgemeine Besserung des Befindens ein. Contraindicirt ist die Hefe bei Dilatation mit hochgradiger Muskelschwäche des Magens. Einen schädigenden Einfluss hat G. auch bei monatelangem Gebrauch nicht eintreten sehen.

Bial (39) hat durch Aufblasung des Magens mit Luft (aber nicht durch die electrische Beleuchtung desselben), die Frage zu entscheiden versucht, ob bei Personen männlichen Geschlechts eine Verlagerung des Magens nach unten stattfindet. Es kamen 50 Patienten männlichen Geschlechts aus verschiedenen Altersklassen sowohl mit als ohne Magenbeschwerden zur Untersuchung. Es bestätigte sich, dass gewisse Thoraxformen, paralytischer oder sonst wie verbildeter Thorax, besonders häufig zur Verlagerung des Magens Anlass geben. Gastroptose bestand in 12 von 18 Fällen von Thoraxverbildung und 18 von 26 Fällen von Lungenemphysem. Im Ganzen fand sich Gastroptose in der grösseren Mehrzahl der untersuchten Fälle, so dass B. meint, dass die Verlagerung des Magens nach unten auch beim männlichen Geschlechte sich nicht eben selten vorfindet. Da nun bei 17 von 36 Patienten mit Gastroptose überhaupt keine Magenbeschwerden vorhanden waren, so ergiebt sich für den Verf. daraus der Schluss, dass die Anomalie jedenfalls nicht zu den gewöhnlichen pathogenetischen Momenten der Magenbeschwerden zu rechnen ist. (Das von B. angenommene häufige Vorkommen der Gastroptose bei Männern stimmt mit den Erfahrungen, die wir im Augusta-Hospital gemacht haben, nicht überein, vielmehr ist die Gastroptose bei Männern als ein geradezu seltenes Vorkommniss zu betrachten. Ref.)

Rosenheim (41) giebt in einer ausführlichen Abhandlung eine Uebersicht über seine Bemühungen, das Innere des Magens mit Hülfe eines graden Instruments, welches nach Art eines Cystoscops construirt ist oder ein verlängertes Oesophagoscop darstellt, sichtbar zu machen. Die Hauptschwierigkeit besteht darin, das Rohr bis in den Magen einzuschieben, doch ist dies R. nach seinen Angaben in ca. 90 pCt. der Fälle gelungen, indem er das Instrument vom rechten Mundwinkel her einschiebt, und damit der gelegentlich nach links stattfindenden Knickung oder Drehung des untersten Theiles des Oesophagus Rechnung trägt, in circa 90 pCt. der Fälle, in den Magen einzudringen und das Innere des Magens zu besichtigen. Selbstverständlich muss während der Einführung der Magen mit Luft aufgebläht werden, damit sich die Magenwände nicht gegen das Instrument anlegen, wozu eine entsprechende Vorrichtung an dem Instrument vorhanden ist. Ueber Resultate, welche R. mit der Gastroscopie bisher erzielt hat, ist in dieser Publication nichts angegeben, wohl aber gab R. in der seinem Vortrage in der Berl. med. Gesellschaft folgenden Discussion zu, dass er eine Perforation mit tödtlichem Ausgang erlebt hatte. Dies geschah, als das Instrument in der Chloroformnarcose eingeführt wurde, und räth er deshalb, in Zukunft hiervon abzusehen.

Perl (44) hat die genaue Lage der Cardia dadurch an der Leiche bestimmt, dass er nach Eröffnung der Bauchhöhle den Abschnitt des Speiseweges, der ungefähr der Cardia entsprechen musste, durch einen Nagel von vorn, durch einen zweiten von links her an die Wirbelsäule fixirte und sich dann später von den Beziehungen der Cardia zu den Wirbelkörpern überzeugte. Er fand die Cardia bei 27 Erwachsenen nur 1 mal in der Höhe des 11., 26 mal in der Höhe des 12. Brustwirbels, und zwar meistens an seinem linken oberen, seltener am unteren Felde.

Die räumlichen Beziehungen des unteren Oesophagusabschnittes zum Magenkörper wurden an Präparaten bestimmt, in welchen Magen und unterer Oesophagusabschnitt mit Gyps ausgegossen war. Dabei zeigte sich in einem Fall, dass der Bauchtheil der Speiseröhre winklig nach links gegen den vertical gestellten Magen gerichtet war; in einem zweiten Fall tritt der Oeso-

phagus in den horizontal liegenden Magen von vorn nach hinten mit einer deutlich spiraligen Abdrehung, deren Concavität nach links sieht, und in einem dritten Fall war ein ganz gestreckter Verlauf des Oesophagus vorhanden. Nach den Ausmessungen von 33 Fällen schwankt die Entfernung der Cardia vom Zungengrund, d. h. die Entfernung vom Proc. spinosus des II. Halswirbels bis zur Ansatzstelle der linken 12. Rippe am 12. Brustwirbel zwischen 36 und 41 cm, so dass die Entfernung der Schneidezähne des Oberkiefers vom Nabel in Rückenlage gemessen etwa 60 cm betragen würde.

Die Versuche mit Papain, welche Grote (47) ausführte, beziehen sich auf 3 Fälle von acuter Dyspepsie, 3 Fälle von Ulcus, 2 Fälle von motorischer Insufficienz mit Hyperacidität, 4 Fälle mit nervöser Dyspepsie, 2 Fälle von Carcinom, 2 Fälle von secundären Magenaffectionen. Alle diese Fälle wurden einer mehr weniger langdauernden Papaincur, dreimal täglich 0,5 bezw. 1,0 nach der Mahlzeit, unterworfen. Wie vorauszusehen, war bei ulcerativen Processen und hyperaciden Zuständen des Magens das Papain von entschieden ungünstiger Einwirkung, indem offenbar dadurch auf die Ulcerationen bezw. auf die Secretion der Schleimhaut ein stärkerer Reiz ausgeübt wurde. In den anderen Fällen war gelegentlich eine entschieden günstige Wirkung zu constatiren, in anderen das Resultat unsicher, so dass Verf. eine versuchsweise Anwendung desselben in allen Fällen von Subacidität bezw. Anacidität für gerechtfertigt hält.

Den Einfluss des Alcohols auf die Verdauung haben Chittenden und Mendel (53) nach verschiedenen Richtungen hin erforscht. Sie haben sich dabei auf künstliche Verdauungsversuche in vitro beschränkt, welche nach ihrer Ansicht besser wie die Versuche an Thieren und Menschen zur Lösung der vorliegenden Frage geeignet sind. Dadurch wurde von vornherein ein gewisses Schema gegeben, welchem die Verfasser gefolgt sind. Es handelte sich dabei um Parallelreihen, in welchen einmal die Verdauungsgemische mit und einmal ohne Alcoholzusatz gehalten wurden. Nach dem Versuch, welcher gewöhnlich 5—7 Stunden dauerte, wurde das jeweilig unverdaute Eiweiss in geeigneter Weise präcipitirt, auf einem Filter gesammelt, bis zur constanten Temperatur getrocknet, gewogen und aus den Gewichtsdifferenzen der Einfluss des Alcohols auf die Verdauung bestimmt (s. das Detail der sehr sorgfältigen Versuchsanordnung im Original). Auf diese Weise wurde die Pepsinsalzsäureverdauung, ferner die Pancreasverdauung und der Einfluss des Ptyalins auf die Stärkeverdauung d. h. auf die amylolytische Verdauung des Speichels geprüft. Im letzteren Falle wurden bestimmte Quantitäten filtrirten und neutralisirten Speichels zu bestimmten Mengen Kleister mit und ohne Alcohol zugesetzt und entweder mit Hülfe der Tüpfelmethode und Jodlösung der Zeitpunkt bestimmt, wenn die blaue Stärkereaction verschwand, oder was genauer war, die Menge der gebildeten Maltose resp. Dextrose nach der gravimetrischen Methode von Allihn bestimmt. In allen Fällen wurden die verschiedensten Alcohole und Alcoholgetränke der Prüfung unterzogen. Das Resultat ihrer Versuche fassen die Verfasser folgendermaassen zusammen:

Reiner Aethylalcohol hat in Mengen von 1—2 pCt. keinen deutlichen Einfluss auf die Magenverdauung, erst bei 5—10 pCt. kommt eine merkbare Verlangsamung zu Stande, und bei 15—18 pCt. wird dieselbe um $^1/_4$ und selbst $^1/_3$ der Norm herabgedrückt. Es ist aber bemerkenswerth, dass die Stärke der Verzögerung sehr wesentlich von der verdauenden Kraft des Magensaftes und von der mehr weniger grossen Verdaulichkeit der zum Versuch verwendeten Eiweisskörper abhängt, so dass sich eine absolut und allgemein gültige Regel nicht aufstellen lässt.

Gegenüber der Proteolyse des Pancreassaftes wirkt dabei schon die Gegenwart von 2—3 pCt. Alcohol sehr entschieden verzögernd, aber auch hier ist die Wirkung von der Verdauungsenergie des Pancreassaftes abhängig.

Umgekehrt wird die Speichelwirkung sehr wenig durch den Alcohol beeinflusst, so dass eine Verzögerung erst bei mehr wie 10 pCt. und auch hier nur in geringem Maasse eintritt.

Die starken alcoholischen Getränke wie Whiskey, Brandy, Rum und Gin wirken entsprechend ihrem Alcoholgehalt, der gewöhnlich 50 pCt. beträgt, so, dass selbst 10 pCt. eines der genannten Branntweine zum Magensaft zugesetzt keine merkliche Verzögerung der Verdauung bewirken und man sagen kann, dass sie die Magenverdauung erst dann stören, wenn sie unmässig und in vergiftenden Dosen genommen werden, dass aber kleine Mengen, bis zu 3 pCt. selbst eine leichte Steigerung der Proteolyse hervorrufen.

Auffallender Weise steigern die sogenannten Fuselöle (Methyl-, Propyl-, Isobutyl- und Amylalcohol) in kleinen Mengen die Magenverdauung, während sie sie in grössern Quantitäten herabsetzen. Daraus kann man ihre Wirkung in den Branntweinen, die ja meist mit ihnen versetzt sind, entnehmen, d. h. sie ist jedenfalls nicht schädlich.

Ganz ebenso wie der Magenverdauung gegenüber, von kleinen Differenzen abgesehen, verhalten sich die Alcohole gegenüber der Pancreasverdauung, so dass darüber wenig zu sagen ist.

Dem Obigen entsprechend haben die Weine auf die Magenverdauung einen sehr geringen Einfluss, in kleinen Mengen mögen sie sie sogar etwas steigern und auch hier ist die Action ganz von dem Procentgehalt des Alcohols abhängig. Etwas anders verhält sich das Pancreas, welches für Weine besonders empfindlich zu sein scheint. Dies ist aber nicht sowohl von dem Gehalt des Alcohols in dem Wein, als von seinem Säuregrad abhängig. So hat ein saurer Rothwein mit nur 10 pCt. Alcohol eine viel stärker verlangsamende Wirkung auf die Trypsinproteolyse als ein Sherry mit weniger Acidität aber mit zweimal so viel Alcohol.

Auf die Speichelverdauung haben die Weine einen ausserordentlich stark hemmenden Einfluss, der aber hauptsächlich auf ihre „inneren Eigenschaften“ zu beziehen ist.

Malzgetränke sind in kleinen Mengen ohne ausge-

sprochenen Einfluss auf die Magenverdauung. In grösseren Quantitäten scheint ihr Gehalt an Extractivstoffen verlangsamend zu wirken, da der Procentsatz Alcohol viel zu gering ist um in diesem Sinne in Betracht zu kommen. Auch die Pancreas- und Speichelverdauung namentlich bei verdünntem Speichel scheinen diese Getränke aus demselben Grunde resorbirend zu beeinflussen.

Bergmann (56) vertritt die Ansicht, dass die Behandlung der sauren Dyspepsie, als eines Zustandes, der mit einer übermässigen Ansammlung von Magensäure — sei es aus welchem Grunde immer — einhergeht, nicht den Magensaft, sondern vielmehr den Speichel als Angriffspunkt wählen muss. Es ergebe sich dies daraus, dass der Speichel die natürliche Aufgabe hat, die Säuresättigung des Mageninhaltes zu bewerkstelligen. Nun aber ist es bekannt, dass bei saurer Dyspepsie auch der Speichel seine Alkalescenz theils sehr verringert, theils gänzlich einbüsst, so dass er nicht mehr im Stande ist, seine Aufgabe zu erfüllen. Ihm diese Alkalescenz wieder zu beschaffen, erreicht man durch den Kau-Act. B. verordnete Patienten anfänglich das Kauen harter Brotrinden. Später verordnete er Tabletten, denen als Adjuvantia Radix Zingiberis und Radix Calami zur Speichelsecretionsbeförderung, und weiterhin Magnesia usta und Magnesia ammonio-phosphorica zu gleichen Theilen zur Erhöhung der alkalischen Reaction des Speichels zugesetzt wurden. Die Erfolge waren gute.

Der von Gross (57) angegebene Apparat zur Magendouche besteht aus 2 geaichten, 1—2 l fassenden, luftdicht verschlossenen Flaschen, in welchen die zur Magenspülung zu verwendende Flüssigkeit unter constanten, continuirlichen und mittelst Luftverdichtung durch einen Condensor oder eine gewöhnliche Pumpe leicht regulirbaren Druck gesetzt wird. 2 Flaschen wählt G., um eventl. Flüssigkeit verschiedener Temperatur abwechselnd in den Magen zu bringen oder nach Einbringung einer chemischen Flüssigkeit eine Nachspülung sofort vornehmen zu können. Der Doppelschlauch enthält im äusseren Theil in einer Länge von 5—6 cm zahlreiche kleine Zuflussöffnungen. Der innere, völlig vom äusseren getrennt, dient zum raschen Abfluss der Flüssigkeit, welche zur Controlle der Menge des abfliessenden Wassers in ein geaichtes Gefäss gelangt. Der Schlauch wird so eingeführt, dass er frei in die Magenhöhle hineinhängt, wobei der Magen durch Lufteinblasung möglichst entfaltet wird.

Die in den Magen sich ansammelnde Flüssigkeit soll sofort abgehebert werden, so dass die Strahlen der Douche immer auf einen leeren Magen treffen. Verf. übersieht aber, dass der ganzen Anordnung gemäss, der Heber nur die oberste Schicht des mit Flüssigkeit gefüllten Magens berühren kann, da der Schlauch nur bis etwas über die Cardia eingeführt wird.

Linossier (58), welcher im Verein mit Lemoine eine excitirende Wirkung des Natriumbicarbonates auf die Magensecretion nachgewiesen hatte, wendet sich gegen die Anschauungen Reichmann's, der dem doppelkohlens. Natron überhaupt jede Wirkung auf die Secretion abspricht und weist aus den Versuchsprotocollen des Letzteren nach, dass sie für diese Behauptung nicht beweiskräftig sind. Die anregende Wirkung des Saftes äussert sich nämlich verschieden, je nach der angewandten Dose (in kleinen Gaben steigend, in grossen abschwächend) und je nach dem Zustande des Magenchemismus. Sie kann je nach der Zeit der Entnahme des Mageninhaltes mehr oder weniger deutlich (resp. gar nicht) zum Ausdruck kommen. Auf diese Verhältnisse hat R. keine Rücksicht genommen und ist desshalb zu einem unzutreffenden, d. h. negativen Urtheil über den Einfluss des doppelkohlensauren Natriums auf die Magensecretion gelangt.

b) Entzündung. Geschwüre.

1) Schmidt, Adolf, Ueber die Schleimabsonderung im Magen. (Aus der medic. Klinik und Poliklinik zu Bonn.) Deutsch. Arch. f. klin. Med. LVII. Bd. — 2) Kelynack, T. N., A case of diffuse phlegmonous Gastritis. The Lancet. March 14. — 3) Roux, M., Paralysie temporaire des membres supérieurs et inférieurs au cours d'un embarras gastrique fébrile. Gaz. hebd. No. 67. — 4) Renzi, E. de, Raccolta dal D. R. Caperali, Emiatetosi e atonia dello stomaco. Della Clin. Modena. Fasc. II. No. 18—19. La Tribuna Medica. (Ref. von Broglio.) No. 11. (Inhalt in der Ueberschrift.) — 5) Einhorn, M., Eigene Erfahrungen über den chronischen continuirlichen Magensaftfluss. Verhandl. d. Congr. f. inn. Med. — 6) Robin, A., Traitement de la gastrite chronique. Bull. de Therap. p. 433. — 7) Köhler, Georg, Beitrag zur Kenntniss der Symptomatologie bei Ulcus ventriculi simplex. Inaug.-Diss. Berlin. 1895. — 8) Hirsch, Carl, Zur Casuistik und Therapie der lebensgefährlichen Magenblutungen. (Aus dem städt. Krankenhaus St. Rochus zu Mainz, Oberarzt Dr. Reisinger.) Berl. klin. Wochenschr. No. 38. — 9) Crämer, Fr., Ueber die Behandlung des Ulcus ventr. mit grossen Bismuthdosen. Münch. med. Wochenschr. 23. Juni. (Eine Bestätigung der von Fleiner u. A. erhaltenen günstigen Resultate, wobei C. Wismuthsalz in Suspension trinken liess, ohne die [auch nach den Erfahrungen des Ref.] entbehrlichen Eingiessungen durch den Magenschlauch zu machen.) — 10) Witthauer, Wismuthbehandlung des runden Magengeschwürs. Therap. Monatsh. Oct. (Empfiehlt ebenfalls diese Behandlungsmethode.) — 11) Ratjen, E., Ulcus ventriculi, ausschliesslich mit Rectalernährung behandelt. Deutsche med. Wochenschr. 24. December. — 12) Taube, H., L'effetto della somatose nella cura dell' ulcera e dal cancro dello stomaco. Raccogl. 30. Jan. (Der Effect war natürlich ein günstiger.) — 13) Benedict, A. L., A case of hematemesis. Med. news. Aug. 22. (Ein schlecht beobachteter und diagnostisch unklarer Fall.) — 14) Bouveret, L., Sur les signes de la Fistule gastro-colique. Lyon méd. 1. Mars. No. 9. (Genaue Beschreibung eines derartigen Falles.) — 15) Schneyer, J., Das Verhalten der Verdauungsleucocytose bei Ulcus rotundum und Carcinoma ventriculi. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 27. H. 5—6. S. 475.

Schmidt (1) hat die Schleimabsonderung im Magen resp. das Verhalten des Magenschleims gegenüber der Magenverdauung einer eingehenden Studie unterzogen.

Die für den Magenschleim characteristischen Zellen sind die Cylinderzellen der Magenwand, und zwar wird viel mehr Schleim in der Pylorusgegend als im Fundus gebildet. Leucocyten, Zellkerne, event. in eigenthümlicher zu mehreren verbundener Anordnung haben nichts Specifisches. Sie durchwandern die Magenschleimhaut,

resp. sind die Ueberreste polynucleärer Leucocyten, d. h. das gegen die Verdauung resistente Kerngerüst derselben.

Mucin resp. Magenschleim unterliegen der Pepsin-Salzsäure-Verdauung ebensogut wie andere Eiweisskörper. Nur dauert die Auflösung länger (ungefähr die doppelte Zeit) und noch länger, wenn der Schleim nur mit Salzsäure digerirt wird. Nur bei völligem Säuremangel bleibt der Schleim unverändert und ist ein Nachweis desselben im Filtrate des Magensaftes möglich. Selbstverständlich ist überhaupt nicht zu sagen, wieviel Schleim aus dem Magen und wieviel von fremden Beimengungen stammt.

Der aus dem Magen stammende Schleim hat bei ungenügender Säureabscheidung eine glasig gequollene Beschaffenheit, wie der von verschluckten Sputis stammende Schleim. Ueberhaupt steht die Menge des abgeschiedenen Schleims im Grossen und Ganzen in umgekehrtem Verhältniss zur Menge der abgeschiedenen Salzsäure, denn die Verdauung desselben ist um so stärker, je grösser der HCl-Gehalt des Magensaftes ist.

Mit zunehmender atrophischer Degeneration der Magenschleimhaut vermehrt sich der Schleimgehalt und es finden sich die von G. Meyer und Ewald zuerst beschriebenen Bilder „verschleimter Drüsenzellen". Nach Ansicht des Verf.'s handelt es sich hierbei aber nicht um verschleimte Drüsenzellen, sondern „um eine Umwandlung des gewöhnlichen Magenepithels in eine vorher im Magen normaler Weise nicht vorkommende Form, welche die grösste Aehnlichkeit mit dem Darmepithel hat". Diese umgewandelten Zellen besitzen eine besondere Widerstandskraft und persistiren noch, wenn auf grossen Strecken der Schleimhaut bereits sämmtliche Drüsenzellen zu Grunde gegangen sind. Bei der Atrophie kommt es also in gewissen Stadien nicht zu einem Versiegen, sondern zu einer Vermehrung des Magenschleims. Die bekannten „schneckenförmigen Spiralen" Jaworski's hält Schmidt in Uebereinstimmung mit anderen Autoren für sog. Myelintropfen aus verschlucktem Trachealschleim, denen eine diagnostische oder prognostische Bedeutung nicht zukommt.

Der Fall von Kelynack (2) beansprucht zweifellos ein grosses Interesse sowohl wegen der relativen Seltenheit des Falles, wie wegen des genauen Sectionsberichtes.

Ein 46jähr. Mann hatte 6 Jahre vor seiner Aufnahme eine kleine Quantität Terpentin verschluckt, die zunächst gar keine dauernden Beschwerden machte. 5 Jahre später begann er über zeitweilige Anfälle von Dysphagie und Erbrechen zu klagen. Er konnte zuletzt nur noch flüssige Diät nehmen, magerte mehr und mehr ab und auch die Versuche, die Strictur, die $14^1/_2$ Zoll hinter den Schneidezähnen sass, zu erweitern, waren vergeblich, obwohl man zuweilen die Stenose passiren konnte. Pat. starb plötzlich unter unmittelbar vorhergehender hoher Temperatursteigerung im Collaps.

Die Section ergab die erwartete narbige Strictur des Oesophagus. In dem narbigen Gewebe fanden sich sinuöse Gänge, die sich zu submucösen Abscessen erweiterten, welche zwischen Oesophagus und hinterer Trachealwand gelegen waren. Nach unten setzte sich der Process in eine acut septische Oesophagitis fort, die des Weiteren in eine diffuse seropurulente Entzündung der Magenschleimhaut überging. Aeusserlich waren am Magen keine Adhäsionen oder Auflagerungen, nur hatte die Serosa eine eigenthümliche gelblichweisse Farbe und gesprenkeltes Ansehen. Die Magenwände waren stark verdickt und an der Schnittfläche trat eine serös-eitrige Flüssigkeit bei leichtem Druck aus. Die Mucosa stark geröthet, geschwollen, aber ohne Geschwüre, oder Geschwulstbildung, oder Perforation. Die Submucosa war stark verdickt, gelblich weiss, glänzend, mit reichlichem Eiter durchsetzt. Der Magen war in toto nicht vergrössert, aber für seine Grösse auffallend schwer. — Am Peritoneum und sonstigen Abdominalorganen nichts Besonderes.

Die microscopische Untersuchung ergab die betreffenden Veränderungen. Mit Gram gefärbte Schnitte zeigten zahlreiche Kurzstähchen, welche in ihrem äusseren Ansehen dem Bacill. coli commun. glichen. Weitere Versuche mit demselben sind nicht angestellt.

In dem von Roux (3) mitgetheilten Fall handelt es sich um eine schlaffe Lähmung der Extremitäten ohne Störung der Sensibilität, die plötzlich auftrat und nach ca. 10 Tagen wieder vollkommen zurückging. Vorausgegangen waren gastrische Störungen ziemlich unbestimmter Natur und allgemein nervöse Erscheinungen, grosse Schwäche, Abgeschlagenheit, Kopfschmerz, Schlaflosigkeit. Die Lähmung wird auf eine Affection der Vorderhörner und das Ganze als eine Infection wahrscheinlich von einer typhösen Erkrankung ausgehend, aufgefasst.

Die Differentialdiagnose zwischen einem continuirlichen Magensaftfluss und einer Stenose am Pylorus ist nach Einhorn (5) darin gegeben, dass der des Morgens nüchtern ausgeheberte Mageninhalt macroscopisch keinerlei Speisereste aufweist, freie Salzsäure in erheblicher Menge, weder Stärke noch deren Umwandlungsproducte enthält, und nur Spuren einer Biuretreaction giebt.

Als neu, oder doch weniger bekannt, ist aus dem Artikel von Robin (6) die Empfehlung des Jodschwefels hervorzuheben, der in Dosen zu 0,1—1 g nach dem Essen gegeben wird. Er soll 98 pCt. Schwefel und 2 pCt. Jod enthalten. (Dies stimmt nicht mit der Angabe, dass der Sulfur jodatum durch Zusammenschmelzen von 1 Schwefelblumen und 4 Jod erhalten wird. Refer. wendet, und wahrscheinlich mit ebenso gutem Erfolg, bei chron. Catarrhen mit starken Gastricismen die Jodtinctur zu 3—5 Tropfen pr. dos. an.)

Köhler (7) hat eine Analyse von 110 Fällen von Ulcus ventriculi, welche in den Jahren 1890—95 auf der Gerhardt'schen Klinik behandelt wurden, ausgearbeitet. Es wurden nur diagnostisch einwandsfreie Fälle in Betracht gezogen. Dabei ergab sich:

Heilungen . . .	60,9 pCt.
Besserungen . .	30,9 „
Ungeheilt . . .	2,7 „
Todesfälle . . .	6,4 „

wobei zu bemerken, dass die Zahl der Besserungen dadurch eine unsichere wird, dass viele Kranke das

Krankenhaus vor definitiver Heilung verliessen, so dass die Zahl der Heilungen wohl etwas höher und die der Besserungen wohl etwas geringer anzusetzen ist.

Hirsch (8) berichtet über 2 Fälle, welche die Schwierigkeiten zur Anschauung bringen, die sich einem event. chirurgischen Eingriff bei Magenblutungen entgegenstellen. Im ersten Fall handelt es sich um eine schwere Blutung nach einem Trauma, nachdem Pat. schon 2 Jahre früher wiederholt Magenblutungen gehabt hatte. Wegen des hochgradigen Collapses wurde von einer Operation Abstand genommen. Auch bei der Section zeigte sich „erst nach wiederholtem Betrachten des blutleeren Magens an der Vorderwand ca. 4 cm von der kleinen Curvatur und 6 cm vom Pylorus eine linsengrosse strahlige Narbe, in deren Mitte sich eine stecknadelkopfgrosse Lücke befindet, in deren Grund man ein offenes Gefäss wahrnimmt“.

In dem anderen Fall traten bei einem 25jährigen Dienstmädchen wiederholte Blutungen auf. Man macht die Probe-Gastrotomie in die vordere Magenwand als dem muthmasslichen Sitz des Geschwürs. „Es war jedoch unmöglich, das Ulcus zu finden.“ Merkwürdiger Weise sistirten von jenem Tage an die Blutungen auf längere Zeit, kehrten aber später wieder.

Als Ergebniss einer kritischen Besprechung des in der Literatur vorhandenen Materials kommt Verf. zu dem Satz: „Ein operativer Eingriff ist gerechtfertigt bei (trotz strengster Ruhe und Diät) immer und immer recidivirenden Blutungen, die durch ihre Häufigkeit und Stärke eine directe Lebensgefahr für den Patienten bilden.“

Ratjen (11) hat bei Kranken mit Ulcus ventriculi von Medicamenten gänzlich abgesehen, nur Bettruhe, heisse Breiumschläge neben absoluter Abstinenz von Nahrung angewandt; an die Stelle der Ernährung per os trat die Ernährung per rectum. Er brauchte 3 mal täglich ein Clysma von 250 g Milch, 2 Eigelb, eine Messerspitze Kochsalz, 1 Esslöffel Rothwein, 1 Esslöffel Kraftmehl.*) In den meisten Fällen war die Gewichtszunahme nach der Cur eine sehr erfreuliche; einzelne Kranke gewannen 10 bis 15 Pfund. Nach der Cur bekommen die Kranken in den ersten Tagen Kefir zu trinken, ca. $1\frac{1}{2}$ Liter per Tag; nach und nach wird dann zur festen Kost, leichterer und allmälig immer intensiverer Ernährung übergegangen. Die Zunahme betrifft, im Durchschnitt berechnet, fast so viel, wie der Verlust in den Hungertagen, nämlich 6 Pfund, manche Genesende fühlten sich acht Tage nach der Cur wohl genug, um abzugeben, und liessen sich keine Zeit mehr zur Erholung.

R. ist nicht davon überzeugt, dass zur Heilung des Ulcus ventriculi eine beständige Alkalescenz des Magensaftes nothwendig sei.

*) Wird es dem Kranken schwer, das ganze Clysma von 250 g zu behalten, so wird die Hälfte oder der vierte Theil gegeben und dann meistens gut behalten: nach und nach wird mit der Menge gestiegen. Die Kranken behalten in den allermeisten Fällen ihr gutes Aussehen und erfreuen sich einer nicht unzufriedenen Stimmung. Die Gewichtsverluste betragen während der 10tägigen Cur durchschnittlich $6\frac{1}{2}$ Pfund.

Zum Zwecke des Studiums über das Verhalten der Verdauungsleucocytose bei Ulcus rotundum und Carcinom des Magens gab Schneyer (15) den Kranken, nachdem dieselben 16 Stunden gefastet hatten, (4 bis 6 Uhr Nachmittags bis 8 bis 10 Uhr des Morgens) eine eiweissreiche Kost, gewöhnlich in 800 ccm Milch und 2 weichen Eiern bestehend. 1—2—3 Stunden darauf wurden dann die weissen Blutkörperchen mittelst des Thoma-Zeiss'schen Zählapparates gezählt. Was die Resultate dieser Versuche anlangt, so fand sich, dass in den Fällen von Carcinom des Magens wenigstens in den ersten 3 Stunden nach der Nahrungsaufnahme niemals eine Vermehrung der Leucocyten, also eine Verdauungsleucocytose stattfand. Zu demselben Resultate gelangten auch andere Forscher. Bezüglich dieses Resultates war auch die Form des Krebses, seine Entwickelung, der Grad der eingetretenen Cachexie ganz gleichgültig. Im Gegentheil hierzu fand man bei gutartigen Pylorusverengerungen, sowie besonders beim Ulcus rotundum ventriculi eine mehr oder weniger erhebliche Vermehrung der Leucocyten, und zwar in der Regel schon eine Stunde nach der Nahrungsaufnahme, aber niemals später als nach 2 Stunden. Nur in einem einzigen dieser Fälle fehlte die Verdauungsleucocytose. Doch war gerade dieser Kranke auffallend cachectisch und durch abundante Magenblutungen ganz erheblich herabgekommen. Worauf beruht nun dieser wesentliche Unterschied beim Carcinom und Ulcus rotundum des Magens? Wahrscheinlich auf dem Umstand, dass Ulcus ventriculi rotundum die Erkrankung der Magenschleimhaut mehr oder weniger circumscript ist, während bei Carcinom dieselbe in ihrer Totalität erkrankt. Ferner stellt sich bei letzterem Uebel meist ein begleitender Catarrh der ganzen Magenschleimhaut ein. Endlich ist es wahrscheinlich, dass beim Krebs eine frühzeitige Beeinträchtigung des lymphatischen Apparates eintritt, welche bei der Entstehung der Verdauungsleucocytose sicherlich von wesentlicher Bedeutung ist. Der oben angeführte Unterschied bezüglich des Auftretens der Verdauungsleucocytose bei Krebs und Magengeschwür lässt sich zweifellos differentialdiagnostisch verwerthen.

c) Krebs.

1) Hammerschlag, Alb., Untersuchungen über das Magencarcinom. (S.-A.). gr. 8. M. 1 Taf. Berlin. — 2) Rosenheim u. P. E. Richter, Ueber Milchsäurebildung im Magen. Ztschr. f. klin. Medicin. Bd. 28. H. 5—6. — 3) Schüle, A., Ueber Frühdiagnose des Carcinoma ventriculi. Münchener medicin. Wochenschr. No. 37. — 4) Huber, A., Zur Diagnose des Magencarcinoms. Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte. No. 18. — 5) Deutschlaender, Karl, Ueber die diagnostische Bedeutung des Magenchemismus bei Carcinoma ventriculi. Inaug.-Dissert. Greifswald. — 6) Raffaele, Spinelli, di un caso di carcinoma del piloro. Gaz. med. lombarda. No. 14. (Klinische Besprechung eines Falles.) — 7) Carolis, A. de, Caso di carcinoma di stomaco. Raccoglitore. 30. VI. (Kurze Mittheilung eines entsprechenden Falles.) — 8) Jones, Allen A., The Diagnosis of gastric Carcinoma. Med. News. Febr. 29. (Nichts Bemerkenswerthes.) — 9) Kelynack, T. N., On the occurrence of a cancerous development in

simple ulcer of the stomach. The Brit. Med. Journ. Jan. 18. (Ein Fall dieser Art bei einem 27jährigen Manne.) — 10) Robin, A., Traitement médical du cancer de l'estomac. Bull. de thérap. 481. — 11) Despeignes, V., Observation concernant un cas de Cancer de l'estomac, traité par les rayons Roentgen. Lyon méd. 30. 32. — 12) Dupuy, A. E., Des Sténoses pyloriques. Arch. génér. de Méd. Décembre 1895.

Hammerschlag (1) hat sich sehr eingehend mit der Verdauung bei Magencarcinom beschäftigt und als neuen Factor die Ermittelung der Grösse der Eiweissverdauung eingeführt. Er bestimmt dieselbe nach einer bereits früher von ihm angegebenen Methode (Intern. klin. Rundschau. 1894. No. 39) durch Vergleichung zweier Eiweisslösungen von ca. 1 pCt. Eiweiss, die mit 4 proc. freier HCl versetzt sind. Zu der einen wird dann eine abgemessene Quantität des zu prüfenden Magensaftes zugesetzt, und aus der Differenz der später mit dem Esbach'schen Apparat vorgenommenen Eiweissbestimmung die Menge des verdauten Eiweisses abgeschätzt. Ergiebt beispielsweise die Controlprobe 6 pM. Eiweiss, die mit Magensaft versetzte 3 pM., so sind 50 pCt. des Eiweisses verdaut worden. Es werden zu jeder Bestimmung 10 ccm obiger Eiweisslösung mit je 5 ccm Magensaft (oder in der Controlprobe mit 5 ccm Wasser) versetzt,

Als Ergebniss von derartigen Bestimmungen, die an 42 Fällen von Magencarcinom angestellt worden sind, findet sich die Eiweissverdauung 23 mal = 0, und 3 mal unter 15 pCt., demnach war bei fast zwei Drittel der Kranken eine hochgradige Verminderung des Pepsins nachweisbar. Es waren dies zumeist Fälle, bei welchen freie Salzsäure fehlte, doch konnte einige Male auch bei Vorhandensein von freier Salzsäure nicht bloss eine mässige, sondern sogar hochgradige Abnahme des Peptonisationsvermögens nachgewiesen werden; dieselbe ist aber nicht characteristisch für das Magencarcinom, da Aehnliches auch bei Atrophie und schweren chronischen Catarrhen vorkommt.

Unter 280 Fällen von Magenerkrankungen wurde ein derartiger Befund 32 mal, darunter 26 mal bei Carcinom und 6 mal bei anderweitigen Erkrankungen erhoben.

Was die Milchsäurebildung betrifft, so fand H. unter 250 Fällen 35 mit Milchsäurebildung, worunter 29 bei Carcinom. Man muss also dem Nachweis intensiver Milchsäurebildung eine grosse, wenn auch nicht ausschlaggebende Bedeutung zuschreiben. Dieselbe wird nicht nur durch Stagnation und Herabsetzung resp. Mangel freier Salzsäure veranlasst, sondern es muss auch die Herabsetzung der Eiweissverdauung hinzukommen. Denn überall da, wo bei Fehlen von freier HCl und Stagnation des Mageninhalts die Milchsäurebildung ausblieb, war die Eiweissverdauung normal oder mässig vermindert.

Umgekehrt entwickelt sich in Magensäften, welche keine Salzsäure, kein Pepton und keine Milchsäure haben, letztere in grossen Quantitäten, wenn man den Magensaft bei Zimmertemperatur stehen lässt. Auch ein Einfluss der gebundenen Salzsäure liess sich nicht erkennen, da einerseits die Menge derselben sehr gering war (0,02—0,07 pCt.) andererseits bei Fällen mit Milchsäure ziemlich viel gebundene Salzsäure (0,07—0,1 pCt.) gefunden wurde.

In den genannten Fällen fand sich: Fehlen der freien Salzsäure 37 mal, Eiweissverdauung unter 20 pCt. 30 mal, Milchsäurebildung 26 mal.

Unter 13 Fällen, in welchen Milchsäurebildung noch fehlte, waren 8, bei denen die Erkrankung weit vorgeschritten war (Cachexie, palpabler Tumor), während sich andererseits unter den Fällen mit hochgradiger Pepsinverminderung und Milchsäurebildung 5 finden, bei welchen die Cachexie fehlte und die Neubildung noch klein resp. in vivo nicht palpabel war.

Wenn also auch die Milchsäure kein constantes Frühsymptom ist, so kommt sie doch, allerdings relativ selten, schon in einem Stadium vor, in welchem die übrigen Symptome die Diagnose nicht ermöglichen.

Der bei Magencarcinom beobachtete Befund von Milchsäure im Mageninhalt gab Rosenheim und Richter (2) Veranlassung, bacteriologisch den Mageninhalt Gesunder, ferner an gutartigen und durch Carcinom bedingten Ectasien Leidender auf Milchsäure bildende Bacillen zu untersuchen. Der Nachweis der Milchsäure geschah durch Eisenchloridzusatz zum Aetherextract des durch Phosphorsäure angesäuerten filtrirten Mageninhalts.

Es liessen sich in gesunden wie in kranken Magen eine Reihe von — zum Theil noch nicht genauer bekannten, meist aber mit einzelnen der von Abelous gefundenen übereinstimmenden — Bacterienarten nachweisen, die starke Milchsäurebildner sind, wie das früher schon unter Anderen Abelous angegeben hatte. Verff. leugnen, dass beim Carcinom specifische Bacterien die Milchsäurebildung anregen, und zeigen, dass die grossen, winklig gekrümmten Bacillen, denen man diese Bedeutung zuschrieb, auch in nicht carcinomatösen Magen vorkommen und Milchsäure bilden.

Dass trotz Gegenwart milchsäurebildender Bacillen auch in gesunden Magen doch nur fast constant bei Carcinom Milchsäure nachzuweisen ist, leiten Verff. davon ab, dass hier neben dem Darniederliegen der secretorischen Function auch die motorische so geschwächt ist, dass die Gährungserreger Gelegenheit haben, längere Zeit mit den Nahrungsmitteln in Contact zu bleiben und so ihre Wirkung zu äussern.

Bemerkt sei noch, dass fast sämmtliche von den Verff. isolirte Milchsäurebildner zugleich die Fähigkeit zur Einleitung weiterer Fermentationen hatten, speciell von Gasgährungen und — nachdem das ursprünglich saure Nährsubstrat allmälig alkalisch geworden war — von Fäulnissprocessen. Fäulnissprocesse ohne sonstige Gährungen wurden nicht beobachtet.

Auch Schüle (3) hat sich mit der Frage des Milchsäurevorkommens und besonders im frühen Auftreten derselben bei malignen Tumoren beschäftigt. Nach den Befunden der Freiburger Klinik, die sich auf 20 Fälle beziehen, zeigt sich übrigens ganz deutlich, dass irgend welche erhebliche Motilitätsstörungen beim Carcinom des Magenkörpers nicht die Regel sind. Auch die Salzsäureinsufficienz, welche Verf. in vielen Fällen

bestimmt hat, ist kein Symptom des Carcinoms als solchem, sondern kommt der durch dasselbe gesetzten Schädigung des secernirenden Parenchyms zu. Am leichtesten wird sich immer noch das Carcinom des Pylorus verhältnissmässig früh diagnosticiren lassen. Treten bei einem vorher ganz magengesunden Menschen plötzlich Stagnationszustände auf, kommt das Fehlen freier Salzsäure, das Auftreten von Milchsäure hinzu, so wird die Diagnose wesentlich nur zwischen einem Carcinom und der Möglichkeit narbiger Verwachsungen nach einem Ulcus schwanken können, wobei wiederum das Vorhandensein oder Fehlen der freien Salzsäure in bekannter Weise zu verwerthen wäre.

Huber (4) bespricht die Diagnose des Magencarcinoms in Bezug auf Salzsäurefehlen, Milchsäuregehalt und Bacillenbefund. Es werden mehrere Fälle mitgetheilt, die indessen nichts bemerkenswerthes Neues zu dem Bekannten beibringen.

Im Gegensatz zu diesen Anschauungen steht die Ansicht von Deutschlaender (5), „keineswegs ist das Nichtvorhandensein der Salzsäure und insbesondere das Auftreten der Milchsäure ein Befund, der uns gestattet, die Frühdiagnose des Carcinoms zu stellen.“ Denn hat man ein derartiges Untersuchungsergebniss gefunden, so muss man unbedingt annehmen, dass sowohl die secretorische als die motorische Thätigkeit schwer geschädigt ist und die Neubildung schon weit vorgeschritten sein muss, um so erhebliche Störungen zu bedingen. Unter 6 Fällen von Krebs der Greifswalder Klinik, in welchen die Diagnose 2 mal durch Operation und Section, 1 mal durch die Section allein, in 3 Fällen durch den characteristischen Verlauf sicher gestellt war, wurde durch 9 Einzeluntersuchungen das Vorhandensein freier Salzsäure festgestellt. Bei einer Untersuchung fand sich neben der Salzsäure auch eine ganz geringe Menge Milchsäure. Wie weit es sich in diesen Fällen um carcinomatöse Umbildungen von Magengeschwüren handelte, ist indessen nicht angegeben.

Robin (10) hat die Analyse des Magensaftes bei 40 Fällen von Krebs, in denen die Diagnose durch die Autopsie bestätigt wurde, vorgenommen. In 18 Fällen war die Acidität normal, in 22 neutral, freie Salzsäure mangelte in 39 Fällen, gebundene Salzsäure 15 mal, und in den 25 anderen Fällen fanden sich nur Mengen von 0,05—0,09. Milchsäure war 27 mal vorhanden, Buttersäure 7 mal und Essigsäure 1 mal. Keine Eiweissverdauung war 7 mal zu constatiren, 28 mal waren kein Syntonin, 6 mal kein Propepton und 5 mal kein Pepton vorhanden. (Da die Bestimmungsmethoden nicht mitgetheilt sind, haben diese Angaben wenig Werth. In Bezug auf die Behandlung wird zwar die ganze Schaar der etwa in Betracht kommenden inneren Mittel, Berücksichtigung der verschiedenartigsten Indicationen ins Feld geführt, aber von dem zuweilen überraschend günstigen Einfluss der Magenausspülungen bei zerfallendem Carcinom bezw. starker Zersetzung des Mageninhalts ist keine Rede.)

Die Röntgenstrahlen werfen schon eigenthümliche Blasen auf. Despeignes (11) berichtet über einen Fall von Magenkrebs, der zu einem colossalen Tumor in der Nabelgegend geführt hatte, auf welchen die Röntgenstrahlen geworfen wurden. Täglich 2 Sitzungen von halbstündiger Dauer 8 Tage lang, danach Verminderung der Schmerzen und Verkleinerung des Umfanges des Tumors um 1—4 cm innerhalb 8 Tagen. Leider ist der Patient doch trotz dieser ausgezeichneten Behandlung gestorben. Eine Autopsie, welche den natürlichen Hergang der Sache durch ulcerösen Zerfall der Geschwulst aufgedeckt hätte, ist nicht gemacht worden.

Dupuy (12) legt seiner Besprechung der Pylorusstenosen 3 verschiedene Formen unter: 1. die fibröse, 2. die spastische und 3. die neoplastische. Von Interesse würde besonders die zweite Form sein, die aber nur mit wenigen Worten besprochen ist. Es kommen hier hysterische Spasmen vor ohne jede nachweisbare Verletzung am Pylorus und solche secundärer Natur, bei welchen die Spasmen als Reflexe, die durch eine Verletzung des Pylorus oder seiner Nachbarschaft hervorgerufen werden, auftreten, oder endlich als Folgen einer hyperaciden Saftsecretion anzusehen sind. Ein Fall der ersteren Art wird von Beutejac (Thèse de Paris 1888) mitgetheilt. Es handelt sich um einen Mann, welcher eine grosse Quantität Petroleum verschluckt hatte. Danach kam es zu einer erheblichen Magendilatation, heftigen epigastrischen Schmerzen und fast unstillbarem Erbrechen. Es wurde eine Explorativlaparotomie gemacht, aber an Stelle der diagnosticirten Stenose des Pylorus ein absolut weicher und intacter Sphincter vorgefunden, so dass die Verengerung eine rein krampfhafte war. Aus einer solchen spastischen Contraction kann sich aber auch eine wirkliche fibröse Stenose entwickeln als Folgezustand der dauernden Reizwirkung der am Pylorus angehäuften Massen.

In dem Absatz über die Neoplasmen wird auf Grund einer einschlägigen Beobachtung ganz besonders der Umstand hervorgehoben, dass die Muscularis vollkommen intact bleiben kann, selbst dann noch, wenn die Mucosa auf längere Ausdehnung am Pylorus hin in eine starre Krebsmasse verwandelt ist. Allerdings zeigt die microscopische Untersuchung, dass die Muscularis mucosae unter der Basis des Tumors von epithelialen Massen der Neubildung durchsetzt ist, welche in die Submucosa eindringen. Die eigentliche Muscularis ist dagegen nur an den Stellen von Zügen von Epithelzellen durchsetzt, an welchen die Krebsgeschwulst bis auf das Peritoneum vorgedrungen ist.

[Ekehorn, G., Beitrag zur Statistik über die Bedeutung und das Vorkommniss der Milchsäuregährung beim Magenkrebs. Upsala läkareförenings förhandlingar. Neue Reihe. T. 1. H. 8. p. 496—518.

Unter 81 Fällen von Magenkrankheiten, welche auf Milchsäure untersucht wurden, fand sich in 25 Fällen Milchsäurebildung im Mageninhalte vor, in 22 von diesen war die Diagnose Cancer sicher constatirt und in noch 2 war sie höchstwahrscheinlich. Nur in 3 Cancerfällen wurde die Milchsäure ganz und gar vermisst. Die Nachweisung der Milchsäurebildung hat ihre grosse practische Bedeutung in solchen Fällen, wo die Diagnose sonst zweifelhaft sein mag, und vor allem in solchen, wo dieses Symptom schon in einem frühzeitigen Stadium dargethan werden kann. Nur in einem einzigen Falle

wurde Exstirpation des Ventrikelcarcinomes (Pylorusresection mit glücklichem Ausgange) ausgeführt. Das chirurgische Material ist noch zu klein um zu berechnen, wie oft Milchsäuregährung im Mageninhalte schon in einem verhältnissmässig frühen Stadium von Cancer ventriculi vorkommt und welchen Werth dieses Symptom in curativer Beziehung eigentlich hat. Auf Grund des äusserst seltenen Vorkommnisses der Milchsäuregährung bei anderen Magenkrankheiten als Cancer, ist man berechtigt, bei constantem Vorkommen von Milchsäure die Probelaparotomie wegen einer eventuellen Exstirpation vorzunehmen. **A. Fr. Eklund** (Stockholm).]

d) Atrophie. Erweiterung. Neurosen.

1) Volland (Davos-Dorf), Etwas über die Folgen der Magen- und Darmerschlaffung. Therap. Monatsh. Juli. — 2) Boas, J., Ueber den heutigen Stand unserer Kenntnisse von der Pathologie und Therapie der Motilitätsstörungen des Magens. Therap. Monatsh. Januar. — 3) Albu, Alb. (Aus der inneren Abtheilung des städt. Krankenhauses Moabit-Berlin. Renvers.), Ueber acute tödtliche Magendilatation. Dtsch. med. Wochschr. No. 7. — 4) Brown, R. Hill, Case of dilatation of the stomach complicated by fatal tetany. Lancet. March 21. (Inhalt in der Ueberschrift. Die Tetanie nahm unter Magenausspülungen an Intensität zu und endete mit dem Tode des Patienten. Section und genauere Untersuchungen fehlen.) — 5) Lockhead, Matthew, A case of movable kidney, with dilatation of the stomach. Glasgow Journal. Juni. (In diesem Fall traten schwere colikartige Attaquen, offenbar bedingt durch eine Strangulation des Ureters, die mit Entleerung eines blutigen Urins endeten und 2—3 Tage dauerten. auf.) — 6) Sutherland, G. A., A case of air suction and eructation. The Lancet. August. (Beschreibung eines Falles von hysterischem Luftschlucken, welches mit einem Magencatarrh complicirt war und fälschlich längere Zeit demselben zur Last gelegt wurde.) — 7) Kelling, Georg, Ein Fall von familiären periodischen Anfällen von Erbrechen und Diarrhoe und vasomotorischen Störungen. Zeitschrift f. klin. Med. Bd. XXIX. H. 5 u. 6.

Volland (1) polemisirt gegen die Ueberfütterung der Lungenkranken, welche gar nicht so selten eine Gastroptose und Atonie des Magens entweder bereits haben oder durch die überreiche Nahrungszufuhr acquiriren. „Die Lehre von der Ueberernährung, die von den Anstalten aus in der Welt verbreitet wird, trägt die Schuld, dass ein grosser Theil der Patienten schon mit ruinirtem Magen in die klimatische Behandlung kommt.“ Nach V.'s Ansicht macht man bei der Mästung der Phthisiker den Trugschluss, dass man eine etwaige Besserung und Gewichtszunahme der vermehrten Nahrungszufuhr zuschreibt, während doch ebenso gut diese Gewichtszunahme erst die Folge des Zurücktretens der Krankheit sein könne, welche durch anderweitige Factoren gebessert sei.

Boas (2) will die Bezeichnung „Magenerweiterung“ ganz ausgemerzt wissen und unterscheidet zwischen einer „mechanischen Insufficienz I. Grades“ (einfacher Verzögerung der Verdauung) und einer „mechanischen Insufficienz II. Grades“ (complete Zurückhaltung, Stauung der Ingesta), wobei letztere in eine Insufficienz mit Magenvergrösserung oder mit normaler Magengrösse eingetheilt werden kann. Die Arbeit giebt im Uebrigen eine klare Darstellung der in Betracht kommenden Verhältnisse und der Therapie.

Albu (3) theilt einen Fall von acuter tödtlicher Magendilatation mit: Ein zuvor nie magenleidender Mensch, der vielleicht schon seit längerer Zeit infolge von Vielesserei einen abnorm grossen Magen hat, wird von einem schweren Scharlach befallen und überwindet denselben. In der schnell fortschreitenden Reconvalescenz tritt eine plötzliche, hochgradige Magenerweiterung ein. Es entwickelt sich folgender Symptomencomplex: Plötzlich auftretender und anhaltender heftiger Schmerz in der Magengegend, starke Druckempfindlichkeit derselben, deutlich erkennbare, sich schnell entwickelnde und immer stärker werdende Ausdehnung des Magens, profuses Erbrechen, das auf der Höhe der Erkrankung sistirt, Benommenheit des Sensoriums, Collaps.

Aetiologisch handle es sich in diesem Falle um die Wirkungen der resorbirten toxischen Substanzen, die sich in dem gestauten, in starker Zersetzung befindlichen Mageninhalt gebildet hatten. Leider ist es Albu nicht gelungen, aus dem Erbrochenen irgend eine Substanz darzustellen, die als das schädliche Agens hätte angesprochen werden können.

Der von Kelling (7) mitgetheilte Fall betrifft eine 42jährige, sonst gesunde Frau, die seit ihrem 10. Jahre alle 1—3 Wochen eigenthümliche Anfälle von 5—14stündiger Dauer bekommt, bei denen sie unter heftigen Leibschmerzen reichlich bricht und dünne Stühle entleert; dabei besteht starke Unruhe. Aufgeregtheit, heftiger Schweissausbruch. Dem Anfall gehen oft Vorboten (Schlaffheit in den Gliedern, Magenschmerzen etc.), nicht selten, aber erst seit dem 24. Lebensjahre, Oedeme der Extremitäten voran. Während dieser Zeit besteht grosse Erregbarkeit der Hautgefässe und Romberg'sches Symptom. Anderweitige Störungen waren nicht nachweisbar, nur schien die Giftigkeit des Harns gesteigert. Die Mutter der Pat., 3 Geschwister der Mutter sowie die Grossmutter litten an ganz ähnlichen Anfällen. Verf. hält das Ganze für Hysterie, obwohl er sonst keine hysterischen Zeichen an seiner Kranken finden kann, und hält für möglich, dass die erbliche Uebertragung einfach durch psychische Infection zu Stande gekommen sei.

[Bäcklin, E. (Gothenburg), Ueber die Bedeutung der Enteroptose. Hygiea. LVIII. 9. p. 246—271. (Seine Auffassung über die Enteroptose fasst Verf. in folgende Worte zusammen: Ihre eigentliche Bedeutung hat die Enteroptose durch den von ihr bewirkten Schwächezustand, auf dessen Grundlage organische Krankheiten, besonders in den Digestionsorganen, entstehen können.) **A. Fr. Eklund** (Stockholm).]

IV. Darm.

a) Allgemeines.

1) Nothnagel, H., Die Erkrankungen des Darms und des Peritoneum. II. Th. M. 17 Taf. Wien. (Aus Nothnagel's Handbuch.) — 2) Schoene, Fr. J., Eine rationelle und sichere Hämorrhoidalcur. gr. 8. Elberfeld. — 3) Schwerdt, C., Enteroptose und intraabdominaler Druck. Deutsche med. Wochenschr. No. 5. — 4) Hertz, P., Die topographischen Verhältnisse der Bauchhöhle sowie Betrachtungen über die Aetiologie

des Ulcus ventriculi. Hospitalstid. R. 4. Bd. 4. p. 121. — 5) Kelling, G., Physikalische Untersuchungen über die Druckverhältnisse in der Bauchhöhle. gr. 8. Leipzig. (Samml. klin. Vorträge. 144.) — 6) Wilcox, R. W., The treatment of the indigestion of starchy foods. Med. news. No. 15. — 7) Andrew, Grant, The diagnostic value of sudden and acute pain as a symptom in abdominal disease. Glasgow Journ. March. — 8) Quincke, Farbe der Fäces. Münch. med. Wochenschr. No. 36. S. 854. — 9) Ferguson, E. D., A class of fatal cases presumably due to intestinal Ptomains. Med. Record. October 31. — 10) Oppler, B., Ueber die Abhängigkeit gewisser chronischer Diarrhöen von mangelnder Secretion des Magensaftes. Deutsche medicin. Wochenschr. No. 32. — 11) Derselbe, Ueber die Therapie gewisser mit Magenaffectionen zusammenhängender Erkrankungen des Darms. Therap. Monatshefte. März. — 11a) Derselbe, Dasselbe. Ebendaselbst. — 12) Clarke, W. Bruce, An address on some effects of a lack of muscular development. The Brit. Med. Journ. Nov. 21. (Der in der Ueberschrift genannte Zustand wird wesentlich vom Standpunkte des Chirurgen aus besprochen.) — 13) Rosenfeld, J., Beitrag zur Lehre der partiellen Darmatonie. Wiener med. Presse. No. 33. — 14) Ophüls, W., Beitrag zur Kenntniss der Divertikelbildungen am Darmcanal. Dissert. Göttingen. — 15) Scholz, Wilhelm, Ein Fall von Magencolonfistel. (Casuistische Mittheilungen aus der medicinischen Klinik des Prof. Kraus in Graz.) Wiener med. Blätter. No. 17. (Inhalt in der Ueberschrift: es ist zu bemerken, dass der Magen mit Leichtigkeit vom Rectum aus mit Luft aufgeblasen werden konnte, wobei ein eigenthümliches, metallisch klingendes, glucksendes Geräusch eintrat und später Ructus, die deutlich fäculent waren, erfolgten; Colon ascendens und Ileocöcalgegend liessen sich überhaupt nicht mit Luft füllen. Auch spontan trat fäculentes Erbrechen auf, ohne dass Zeichen einer Darmstenose nachweisbar gewesen wären, dagegen liess sich der Uebergang von einer in den Darm eingespritzten Methylenblaulösung in den Magen nicht nachweisen.) — 16) Gersuny, R., Ueber ein Symptom bei Kothtumoren. Wiener klin. Wochenschr. No. 40. — 17) Pollatschek, A., Pathologie und Therapie der chronischen Diarrhöen. Wien. med. Wochenschr. No. 20. — 18) Fessler, T., Ueber schwere Darmcoliken und die event. Verwechslung derselben mit anderen Krankheiten. Ebendas. No. 2. — 19) Moullin, Mansell C., Tree cases of foreign bodies in the alimentary canal; remarks. The Lancet. May 9.

Von der Anschauung ausgehend, dass der intraabdominale Druck ein sehr wesentliches Moment für das Zustandekommen der Entoroptose bilde, hat Schwerdt (3) Messungen desselben angestellt. Er unterscheidet 2 Formen desselben, den Spannungsdruck und Belastungsdruck. Ersterer ist der von der elastisch musculösen Wandung auf ihren Inhalt ausgeübte Druck, letzterer wird dadurch hervorgerufen, dass die einzelnen Organe der Bauchhöhle, den Gesetzen der Schwere gehorchend, auf ihre Unterlage einen Druck ausüben, er wird also unter dem Zwerchfell gleich Null sein und in den tiefsten Partien am höchsten gefunden werden. Druckmessungen, welch S. vornahm, ergaben: bei aufrechter Stellung: Druck im Magen 11 cm (Wasser), in der Blase 29 cm, im Mastdarm 39 cm. Da im Magen bei dieser Stellung kein Belastungsdruck bestehen kann, so muss die Zahl 11 dem reinen Spannungsdruck entsprechen, im Mastdarm sich also der Druck von 39 cm zusammensetzen aus 11 cm Spannungs- und 28 cm Belastungsdruck. Wurde die Lage des untersuchten Menschen gewechselt, so wechselten auch die gefundenen Werthe, indem bei horizontaler Lage, mehr noch bei geneigter Lage mit niedriger liegendem Oberkörper, der Druck im Magen zu-, im Mastdarm abnahm (horizontale Lage im Magen 13,5, im Mastdarm 24, bei Neigung von 50° mit Kopf unten, im Magen 27,5, im Mastdarm 11 cm).

Für Enteroptose wird nun von S. als Ausgangspunkt angesehen eine Erschlaffung der vorderen Bauchwand, mithin eine Erniedrigung des Spannungsdruckes. Die Organe der Bauchhöhle müssen alsdann den Gesetzen der Schwere mehr gehorchen, mithin wird der Belastungsdruck an den tieferen Partien zunehmen. Dass dieses sich wirklich so verhält, dass also bei Veränderung des Spannungsdruckes der Belastungsdruck in umgekehrtem Sinne verändert wird, zeigte S. durch gleichzeitige Messung im Magen und Mastdarm, während der Spannungsdruck durch mehr oder weniger starke willkürliche Anwendung der Bauchpresse oder durch Erheben von Gewichten (5—10 kg) mit einem Arme, wodurch bekanntlich auch die Bauchmuskeln angespannt werden, erhöht wurde. Während z. B. bei ruhigem Stehen der Druck im Magen, also der reine Spannungsdruck, zu 11 cm, im Mastdarm aber zu 39 cm, also 11 cm Spannungs- und 28 cm Belastungsdruck, gefunden wurde, betrug bei horizontalem Halten von 10 kg der Druck im Magen 59, im Mastdarm 78, also 59 cm Spannungs-, aber nur noch 19 cm Belastungsdruck, bei willkürlicher Anwendung der Bauchpresse in stärkerem Maasse im Magen 66 cm, im Mastdarm 84, also 66+18 cm.

Die Messungen des Gesammtdruckes bei Enteroptose ergaben einen niedrigeren Druck als bei Gesunden, am niedrigsten bei Messung im Mastdarm bei Knieellenbogenlage, wobei der im Mastdarm gefundene Druck durch Herabsinken der Eingeweide und mangelnden Spannungsdruck mehr oder weniger negativ wird. Beim Aufrichten aus der horizontalen in die sitzende Stellung nimmt der Gesammtdruck bei Enteroptose bedeutend weniger zu wie beim Gesunden, ebenfalls aus dem Grunde, weil der Spannungsdruck im ersteren Falle in Folge der erschlafften Bauchdecken nicht so hoch ist. Schliesslich bezeichnet S. als Aufblähungsdruck in der Bauchhöhle die durch die sich entwickelnden Gase innerhalb der Därme entstehende Spannung.

Die Therapie hat sich wesentlich auf die Erhöhung des Spannungsdruckes, Verminderung des meist vermehrten Belastungsdruckes, und Beseitigung eines etwa vorhandenen Aufblähungsdruckes zu richten. Die hiergegen von Schwerdt empfohlenen Maassnahmen weichen von den längst bekannten nicht ab.

Im Anschluss an frühere Veröffentlichungen hat Hertz (4) bei einer grösseren Zahl von Leichen (181) die Lage der Baucheingeweide genau beobachtet und ist dabei ungefähr zu denselben Conclusionen wie früher gekommen, dass die Dislocationen der Eingeweide, besonders der Leber, sehr häufig sind und dass sie durchgehend durch Druck mittelst Corsett, schlaff angezogene Bänder oder Gürtel verursacht sind. Unter 114 Frauen wurde nur in 7 Fällen gar keine Deformation oder Dislocation der Baucheingeweide gefunden;

ausser der Leber und der Gallenblase sind die Nieren besonders die rechte häufig verschoben, auch der Ventrikel kann leicht dislocirt werden, wie das durch das Clapotagephänomen leicht klinisch demonstrirt werden kann. Verf. meint auch die Theorie aufrecht halten zu können, dass Ulcus ventriculi durch Druck verursacht sei oder doch bei solchen Individuen, welche sich schnüren, leichter entstehe. Milz, Colon, Coecum werden seltener dislocirt. **F. Levison** (Kopenhagen).]

Wilcox (6) behandelt zunächst in seinem Artikel die Chemie und Physiologie der Stärkeverdauung und bespricht die verschiedenen Präparate, welche als Ersatzmittel der amylolytischen Function des Pancreas auf den Markt gebracht sind. Am besten hat sich von diesen die Taka-Diastase bewährt, deren Gebrauch in Verbindung mit grossen Dosen Natrium phosphoric. (2—6 g) und Natr. bicarbonic. (0,75—2,0 g) warm empfohlen wird. Als Zeichen mangelhafter Pancreasverdauung traten helle Stühle, eine starke Vermehrung der Aetherschwefelsäuren und reichlicher Indicangehalt des Harnes auf. (Zur Characteristik der physiolog-chem. Bildung des Verf. sei bemerkt, dass derselbe die Aetherschwefelsäuren des Harns, welche bekanntlich bei der Darmfäulniss in gesteigerter Menge auftreten, constant als „praeformirte Sulphate" bezeichnet! Ref.) Die klinischen Symptome der unzureichenden Stärkeverdauung sind: Obstipation, Flatulenz, Empfindlichkeit und Druckgefühl des Leibes, allgemeine Abgeschlagenheit des Leibes, nervöse Symptome mannigfacher Art. Hierauf gründet sich die Diagnose, wobei der Verf. auffallender Weise eins der wichtigsten differential-diagnostischen Merkzeichen, nämlich den Nachweis eines normalen Chemismus des Magens gar nicht erwähnt.

Andrew (7) handelt von den verschiedenen Arten der Schmerzempfindung bei Darmkrankheiten und sucht dieselben ihrem Character nach auf bestimmte pathologische Vorkommnisse zu beziehen.

Als Ergebniss dieser Betrachtungen werden folgende Sätze aufgestellt.

1. Je heftiger der Ausbruch des Schmerzes, je stärker und unvermittelt derselbe eintritt, um desto weniger kann man daraus einen Schluss auf den Sitz der Erkrankung ziehen.

2. Bei blitzartigem Einsetzen des Schmerzes kommt innere Strangulation, auch Peritonitis (Perforation) und Appendicitis in Frage.

3. Ist der Schmerz sehr heftig, bis zur Agone sich steigernd und ununterbrochen anhaltend, so handelt es sich um acute Peritonitis (Perforation) oder Strangulation; ist er aber paroxysmenartig und nur zeitweise zu unerträglicher Heftigkeit sich steigernd (agonising) immerhin aber andauernd stark, so kann eine Intussusception, ein Volvulus, eine Leber-, Nieren- oder Darmcolik vorliegen.

4. Bei diffusem Schmerz ist Peritonitis, bei localisirtem und frühzeitigem Schmerz ein Volvulus, bei localisirtem aber erst später im Verlauf der Erkrankung auftretendem Schmerz, Appendicitis, interne Strangulation oder Nierencolik vorliegend. Lässt der Schmerz bei Druck nach, so handelt es sich um Darmcolik.

Quincke (8) macht folgende ausführliche Angaben über die Farbe der Stühle.

Für die Umwandlung der dem Darminhalt beigemengten Farbstoffe kommen, neben der alkalischen Reaction, namentlich die Reductionsvorgänge im Darmlumen in Betracht.

Bei geringer Eigenfarbe der Nahrungsbestandtheile werden die Faeces hauptsächlich durch die Derivate des Gallenfarbstoffs gefärbt: die Reductionsvorgänge im Darminhalt verwandeln das Bilirubin in Hydrobilirubin (Urobilin). Nur bei sehr beschleunigter Peristaltik, bei Diarrhöen kann ein Theil des Bilirubin unverändert im Stuhlgang erscheinen (Gelb- oder Grünfärbung), ebenso (wegen geringeren Reductionsvermögens) im normalen Säuglingsstuhl der ersten Lebenswochen. Uebrigens sind neben dem Hydrobilirubin sicher noch andere Derivate des Gallenfarbstoffs (vielleicht auch Oxydationsproducte) an der Färbung der normalen Faeces betheiligt, da schon im sauren Alcoholextract die Intensität der Färbung die Deutlichkeit der Absorptionsstreifen des Hydrobilirubins häufig übertrifft. Ein Theil des letzteren unterliegt im Darm noch weiterer Reduction zu einem farblosen Körper, aus welchem sich bei O-Zutritt wieder Urobilin bilden kann. In gewisser Menge findet sich dieses Chromogen, wie es scheint, stets in den Faeces, da diese an der Luftoberfläche dunkler werden, als im Innern der Kothsäule und als da, wo die Masse der Glaswand des Gefässes anliegt. Die Reduction kann so erheblich sein, dass auch ohne jegliche Gallenstauung wochenlang fast graue Faeces entleert werden, die bei Extraction mit saurem Alcohol dennoch reichlich Urobilin liefern.

Die Färbung der Faeces gestattet daher nur ein sehr bedingtes Urtheil über die Menge der entleerten Gallenfarbstoffderivate. Diese hellen chromogenreichen Stühle finden sich häufiger bei dyspeptischen Zuständen, namentlich bei manchen schaumigen, stinkenden Diarrhöen. Welche Bacterien die Reduction bedingen, ist nicht bekannt.

Ingesta von starker Eigenfarbe lassen diese in den Faeces, mehr oder weniger gemischt mit denjenigen der Gallenstoffderivate, erscheinen. Chlorophyll macht grünliche, Röstproducte (von Caffee, Zucker) dunkelbraune Faeces. Durch die alkalische Reaction des Darminhalts wird der rothe Farbstoff der Heidelbeeren in ein schmutziges Grün, Blutfarbstoff (aus Nahrung oder ergossenem Blute) in braunes Haematin verwandelt. Letzteres muss schon in recht überwiegender Menge da sein, wenn der Stuhlgang „theerartig" werden soll. Mässige Blutbeimengungen zum Nahrungskoth verleihen diesem oft keine auffällige Farbe; fahndet man aus diagnostischen Gründen auf Blut, so muss spectroscopisch im sauren Alcoholextract der Haematinstreifen gesucht oder die Teichmann'sche Haematinprobe angestellt werden.

Werden die Wismuth-Crystalle nach Wismuthgebrauch aus dem Stuhlgang durch Schlämmen möglichst isolirt, in warmer Salpetersäure gelöst und die Lösung mit Chlorbarium versetzt, so entsteht kein Niederschlag von schwefelsaurem Baryt, — ein Beweis,

dass Schwefelwismuth nicht vorhanden war. Uebrigens ist die Verfärbung der Wismuthsalzcrystalle durch Reduction und durch Schwefelwirkung eine so ähnliche, dass Schwefelammoniumzusatz zu dem dunklen Wismuthstuhl dessen Farbe nicht mehr ändert als Ammoniaklösung. Lässt man normalen Stuhlgang mit Bismuthum subnitricum vermischt in der Wärme stehen, so tritt ebenfalls durch Reduction Schwarzfärbung der Wismuthcrystalle und Dunkelfärbung des Gemisches ein.

Andererseits scheint das Wismuth, ähnlich dem Calomel, die Reduction im Darm zu hemmen, so dass in manchen Faeces ein Theil des Gallenfarbstoffs unreducirt und durch die Gmelinreaction microchemisch erkennbar bleibt. Dadurch dürfte die Grünfärbung mancher Wismuthstühle bedingt sein.

Der Eisenstuhl ist weder schwarz von Schwefeleisen, noch schwarz überhaupt. Unmittelbar nach der Entleerung zeigt er gar keine abweichende Farbe; er wird erst beim Stehen und nur an der der Luft exponirten Oberfläche dunkler: graulich, braungrau bis schwarzgrau, — augenscheinlich durch Oxydation. Extrahirt man einen Eisenstuhlgang mit verdünnter Salzsäure, so enthält der Filtrat in der That fast ausschliesslich Eisenoxydul (Blaufärbung mit Ferridcyan) und nur Spuren von Oxyd (Blaufärbung mit Ferrocyan); letztere dürften erst bei der Extraction entstanden sein.

Auch wenn man normalen Stuhlgang mit einigen Tropfen Eisenchloridlösung vermischt in der Wärme stehen lässt, wird, wie die Extraction zeigt, der grössere Theil des Oxyds zu Oxydul reducirt: zunächst wird das Gemisch etwas dunkler braun (durch Eisenoxydhydrat) und bleibt so an der Oberfläche, auch bei langem Stehen, während es in der Tiefe durch Reduction wieder heller wird. Die Braunfärbung bei Zusatz von Eisenchlorid unterscheidet sich von der grauschwarzen Färbung der Oberfläche nach medicamentösem Eisengebrauch: bei diesem scheint also im oberen Darm eine organische Eisenverbindung gebildet zu werden, welche oxydirt die schwarzgraue Färbung bedingt. Schon der Farbenton zeigt übrigens, dass diese nicht von Schwefeleisen herrührt, denn Schwefeleisen ist grün, und diese grüne Färbung zeigt sich auch, wenn man einen Eisenstuhlgang mit Schwefelammonium benetzt oder vermischt, in verschiedener Intensität. Im menschlichen Darmcanal entsteht, wie auch Geruch und Gasanalyse zeigen, Schwefelwasserstoff (mit seltenen Ausnahmen) gar nicht oder höchstens in so geringen Spuren, dass es zu Schwefeleisenreaction nicht kommt. Im Hundedarm ist ein Theil des Eisens als Schwefeleisen vorhanden.

Bei Calomelstühlen wird so häufig die grüne Farbe erwähnt, dass man sie als die gewöhnliche vermuthen sollte; sie findet sich aber, bei Erwachsenen wenigstens und wenn die Entleerungen nicht sehr dünn sind, nur ausnahmsweise, selbst bei anhaltendem Calomelgebrauch. Sie rührt von Gallenfarbstoff her; indem das Calomel die Fäulniss- und Reductionsvorgänge im Darm hemmt, entgeht ein Theil des Gallenfarbstoffs der Reduction zu Urobilin. Bei Individuen mit blassen, chromogenreichen Stühlen sieht man bei Calomelgebrauch die Darmentleerungen eine mehr normale braungelbe Farbe annehmen, weil die Weiterreduction des Urobilin zu Chromogen gehemmt wurde.

Da die Calomelkörnchen durch Alkali schwarz gefärbt werden, mögen bei grösseren Calomeldosen auch die in den Faeces fein vertheilten schwarzen Körnchen zur dunkleren Färbung des Stuhlganges etwas beitragen.

Der medicamentöse Gebrauch anderer Metallsalze hat keinen merklichen Einfluss auf die Farbe der Faeces.

Sehr in die Augen springend sind die Reductionsvorgänge im Darm bei Methylenblau. Wird dieser Stoff als Medicament verabreicht, so ist der entleerte Stuhlgang von gewöhnlicher gelber Farbe und bleibt so im Innern, an der Glaswand oder unter Oel. An der Oberfläche wird er aber schon nach wenigen Augenblicken blaugrün und diese Färbung dringt allmälig in die Tiefe.

Ferguson (9) beschreibt eine Anzahl von Fällen, welche sich dadurch auszeichnen, dass theils unter dem Bilde einer acuten Erkrankung des Verdauungstractes resp. einer Peritonitis, theils nach Operationen verschiedener Art an den Organen der Bauchhöhle ein plötzlicher Collaps mit folgenden Begleiterscheinungen eintrat: plötzlicher Beginn und stürmischer Verlauf, Schmerz im Abdomen und Uebelkeit, Fieber, schwarzes, caffeesatzartiges Erbrechen, Fehlen der gewöhnlichen Zeichen von Peritonitis und von Darmverschluss; leichte gelbliche Verfärbung der Scleren. Die meisten dieser Fälle ereigneten sich im Anschluss an grössere Operationen. Verf. führt sie auf eine Autointoxication durch Ptomaine zurück, ohne indessen Weiteres wie allgemeines Raisonnement beizubringen. Schliesslich wird folgender ganz ungewöhnlicher Fall mitgetheilt:

Verf. wurde zu einer Dame gerufen, welche, nachdem sie zwei Tage vorher entbunden war, an Verstopfung litt, Tympanitis hatte, schwarze Flüssigkeit ausbrach und unter Fieber und Schmerzen im Abdomen stark collabirte. Es wurden hohe Wassereingiessungen verordnet und auffallender Weise konnten grosse Mengen desselben, ohne dass sie wieder zurückkamen, in den Darm eingegossen worden. Dabei wurde das Erbrechen immer heftiger und bekam zuletzt einen fäcalen Geruch. In dem Erbrochenen fanden sich zuletzt wohlgeformte Fäcalmassen, während das vorher Erbrochene zwar geruchlos war, aber ein Sediment absetzte, was so schwarz wie Kohlenstaub war. (Weitere Angaben über die Natur desselben fehlen.) Die Pat. erholte sich etwas, das Fieber fiel und in dem Gedanken, dass dadurch ein etwa im Darm vorhandenes Gift entfernt werden könnte, wurden die Eingiessungen ins Rectum fortgesetzt, bis die erbrochenen Massen ganz klar waren. Unter starken Herzstimulantien erholte sich die Pat. allmälig und genas schliesslich, nachdem sie noch eine Bronchopneumonie und Pleuritis überstanden hatte, vollständig.

Oppler (10) macht darauf aufmerksam, dass in gewissen Fällen chronischer Diarrhöen bei Untersuchung des Magens ein vollständiges Versiegen der Magensaftsecretion gefunden wird, und bringt 6 derartige Fälle zum Belege herbei. Er betrachtet die

Magenerkrankung als das Primäre und sieht die Diarrhöen als Folge der auf den Darm durch die stetige Einfuhr eines mangelhaften Chymus ausgeübten Reize an, darnach ergiebt sich die Therapie, welche in erster Linie auf die Verbesserung der Magenverdauung gerichtet sein muss, von selbst. Eine entsprechende Diät, welche die Fleisch- und Eiweissnahrung nach Möglichkeit vermeidet und Salzsäure in grossen Dosen verordnet, hat sich in allen diesen Fällen als nützlich erwiesen, (und damit der bekannten Erfahrung, dass gewisse Diarrhöen unter Salzsäuregebrauch heilen, eine rationelle Unterlage gegeben, Ref.)

Rosenfeld (13) bekennt sich als Anhänger der von Federn aufgestellten Lehre von der partiellen Darmatonie als Ursache diarrhoischer mit lebhaften Schmerzen und Fieberbewegungen einhergehenden Erkrankungen, die in ihren Erscheinungen an eine Colitis, Typhlitis oder gar an Typhus erinnern. Er hat dieselben durch Anwendung leichter Aperientien, besonders Rheum mit Erfolg bekämpft.

Das von Gersuny (16) beschriebene und von ihm als Klebesymptom bezeichnete Verhalten von Kothtumoren beruht darauf, dass bei intensivem Fingerdruck die Darmschleimhaut an der den Tumor bildenden zähen Kothmasse verklebt und beim Nachlassen des Druckes sich davon wieder ablöst, was sich deutlich durch das Gefühl abtasten lässt. Bedingungen zum Zustandekommen sind ein gewisser Grad von Trockenheit der Darmschleimhaut und ein gewisser Grad der Eindrückbarkeit der Oberfläche des Kothtumors. Ein sehr instructiver Fall, in welchem die Existenz eines colossalen Kothtumors in dem nach rechts verlagerten S. Romanum erst durch die Laparotomie aufgedeckt und bei dieser Gelegenheit dies Klebesymptom demonstrirt werden konnte, dient neben einigem Anderen zur Illustration.

Pollatschek (17) empfiehlt Eingiessungen kleiner Mengen von warmem Karlsbader Wasser von 42° 1 bis 2 mal täglich vorzunehmen, zur Behandlung von primären chronischen Darmcatarrhen, die aus einer Enteritis acuta entstanden sind, und bei heilbaren ulcerösen Processen aller Art, besonders derer, welche im untersten Darmabschnitt ihren Sitz haben. Auch bei secundären Darmcatarrhen, sowie zur Erzielung einer vorübergehenden Wirkung gegen die Colikschmerzen können dieselben verwerthet werden.

Fessler (18) beobachtete in einer kleinen Garnison binnen 2½ Monaten 8 eigenthümliche Erkrankungen von Soldaten. Das Hauptsymptom bestand in einem heftigen tonischen und nachher clonischen, circa ¼ Minute anhaltenden Krampfanfalle, dem ein längerer Bewusstseinverlust folgte. Während des Anfalles war der Cornealreflex aufgehoben. Die ganze Krankheit wurde durch eine hartnäckige Obstipation eingeleitet, nach dem Erwachen aus dem Krampfanfalle klagten die Pat. über heftige Leibschmerzen. F. glaubt, dass die Krämpfe reflectorisch durch die sehr heftigen Colikschmerzen bedingt waren. Ausserdem kommt F. das bequeme Schlagwort „Autointoxication“ zu Hülfe, und zwar stellt er sich vor, dass die Darmgase in Folge der Obstipation resorbirt wurden und in das Centralnervensystem gelangten.

Die drei Fälle von Moullin (19) beziehen sich der erste auf eine verschluckte Hutnadel, welche an der Ileocoecalklappe gefunden und extrahirt wurde. Heilung.

Der zweite auf ein verschlucktes falsches Gebiss, welches allen Versuchen der Extraction widerstand. Der Patient wurde entlassen, fühlte sich ganz wohl, ging aber 12 Monate darauf plötzlich an einer abundanten Hämoptyse zu Grunde. Die Platte war durch die Wand des Oesophagus in die Aorta neben dem linken Bronchus ulcerirt.

Der dritte Fall betrifft ein 6 Monate altes Kind, welches den metallenen Verschluss einer Milchflasche verschluckt hatte. Durch ungeschickte Extractionsversuche war der Fremdkörper immer tiefer gestossen und sass in der Mitte des Sternums, ohne dass man ihn wegen seiner Grösse, welche das Lumen vollständig ausfüllte, fassen konnte. Es blieb nichts anderes übrig als ihn mit einem weichen Schlauch allmälig in den Magen hinunterzustossen. Dies gelang auch und der Fremdkörper wurde einen Tag später per rectum ausgestossen.

b) Verstopfung. Atonie. Verschlingung. Ileus.

1) Lauder Brunton, T., Constipation and Diarrhoea. The Lancet. May 30. (Empfiehlt bei jeder länger dauernden Obstipation und Diarrhoe die Digitaluntersuchung des Rectum, da häufig Carcinom vorliege.) — 2) Einhorn, M., The treatment of habitual constipation. The post-graduate. October. (Nur Bekanntes.) — 3) Oliver, Th., Clinical remarks on a case of complete closure of the bowels for two months from impaction: no urgent symptoms: treatment, recovery. Brit. med. Journ. Sept. 26. — 4) Herringham, W. P. and W. Bruce Clarke, A case of idiopathic dilatation of the sigmoid flexure. St. Barthol. Hosp. Rep. Vol. 31. — 5) Aschoff, A., Zur Lehre von der Darmeinklemmung in inneren Bauchfelltaschen. M. 2 Taf. Berlin. Berl. Klinik. 100. — 6) Parker, Rushton, Intussusception: Recovery by gangrene: Necropsy three years later. Brit. med. Journ. Sept. 26. (Inhalt in der Ueberschrift.) — 7) Smith, J. Anderson, An unusual case of ruptured intestine. The Brit. Med. Journ. p. 398. (Bericht über eine an chron. Obstipation leidende Pat., die innerhalb eines Tages unter dem Bilde einer beginnenden Peritonitis starb, bei welcher jedoch die Section eine frische Ruptur des Ileum ohne Peritonitis als einzigen Befund ergab. Verf. vermuthet, dass es sich um Ruptur in Folge chron. Kothstauung handele.) — 8) Herz, H., Ueber Duodenalstenosen. (Aus der medic. Abtheil. des Primärarztes Prof. Dr. Buchwald im Allerheiligenhospital in Breslau.) Deutsche med. Wchschr. No. 23 u. 24. — 9) Jordan, M., Ueber Ileus, verursacht durch den persistirenden Ductus omphalo-mesaraicus. Berl. klin. Wochenschr. No. 2. — 10) Cahier, Les occlusions aigues de l'intestin. 16. Paris. — 11) Naunyn, Ueber Ileus. Grenzgebiete. 1.

Die 53jährige Frau, über welche Oliver (3) berichtet, leidet seit Jahren an Obstipation und giebt an, seit 2 Monaten keinen Stuhl gehabt zu haben. Der Darm ist mit reichlichen Kothballen gefüllt, das Rectum mit eingedicktem Koth vollgestopft, keine Strictur. Daneben besteht Benommenheit, Depression, Nahrungsverweigerung. Urin enthält weder Albumen, noch Zucker

oder Indican, spec. Gew. 1027. Rectalausräumung in Narcose, Heilung unter Weiterbrauchen leichter Abführmittel.

Der Fall von Herringham (4) verlief wie folgt: Ein an chron. Obstipation leidender 70 jähr. Mann hat seit 8 Tagen keinen Stuhl. Ein pathologischer Abdominalbefund war in vita nicht zu erheben, die Diagnose lautete auf Coprostase. Am 11. Tage unternommene Laparotomie ergab Koth im Peritoneum; die Section zeigte enorme, auf die Flex. sigm. beschränkte Dilatation mit Verdickung und multipler Gangränescirung ihrer Wand. Nirgends ein Hinderniss für die Kothentleerung. Eine kurze Literaturübersicht folgt.

Herz (8) theilt 4 Fälle von Duodenalstenose unterhalb der Pap. duod. (infrapapilläre Stenose) mit.

Fall I betrifft ein 18 jähr. Mädchen, seit einigen Wochen mit Durchfällen, bald darauf Uebelkeit, Appetitlosigkeit und Erbrechen stets grüngefärbter Massen, letzteres unabhängig von der Nahrungsaufnahme, erkrankt; seit langer Zeit schon Husten, hereditär phthisisch belastet. Befund: Magenerweiterung bis handbreit unter den Nabel; aus dem Magen 3 l grasgrüner Flüssigkeit mit der Sonde entleert, welche freie Salzsäure, massenhaft Hefe und Sarcine und gallig gefärbte Speisereste enthält. Stuhl frei von Gallenfarbstoff, enthält Tuberkelbacillen; ausgebreitete Lungentuberculose. Das gallige Erbrechen und der entfärbte Stuhl blieben bis zum Tode constant, die Section ergab: Tubercul. pulmon., intestin. ten. et crassi, Miliartuberculose und adhäsive Entzündung des Peritoneums; ein straff gespannter peritonitischer Strang schloss den untersten Theil des Duodenum völlig ab und hatte auch die Gastrectasie verursacht. Der Urin enthielt in vita etwas Aceton und Indican, im Stuhl war mit Sicherheit Fehlen des Gallenfarbstoffs constatirt worden; die Unpassirbarkeit des Darms ergab das Fehlen von Bism. subnitr. im Stuhle nach Darreichung per os.

Der zweite Patient, ein 63 jähriger Mann giebt anamnestisch an, dass ihm vor 3 Jahren in Folge Erfrierung das linke Bein amputirt sei, seit einiger Zeit eine rothe Verfärbung des rechten Beines, am Ballen der grossen Zehe beginnend, mit zeitweise auftretenden schiessenden Schmerzen und seit 8 Tagen Erbrechen bald grüngefärbter Massen, Ausbleiben des Stuhls bei spärlich abgehenden Winden und geringer Schmerz in der Oberbauchgegend bestehe. Befund: Leichter Icterus; in der Oberbauchgegend eine etwa handbreite von Mammillar- zu Mammillarlinie reichende, stark druckempfindliche und gedämpft tympanitisch schallende Resistenz fühlbar. Magengrenzen nicht bestimmbar, Leber und Milz normal. Obstipation. Das Erbrochene, eine grünliche, nie fäculente Flüssigkeit, enthält keine Salz- oder Milchsäure, dagegen etwas Sarcine, einige Fettsäurenadeln und gallig gefärbte Speisereste. Im Urin Sach. 0, Aceton 0, Acetessigs. 0, Indican 0, Rosenbach 0, Alb. + (etwas), Gmelin + (ziemlich reichlich).

Die Diagnose lautete auf: „Duodenalstenose unterhalb des Eintritts der Galle in den Darm mit leichter Compression der Gallenausführungsgänge. Trophoneurose mit sclerodermatischen Veränderungen am rechten Unterschenkel". Sectionsdiagnose: Cystom des Pancreas, von welchem nur noch der Schwanz erhalten ist, mit Einengung des Duodenum und der Gallenausführungsgänge. Keine Magenectasie; multiple Fettnecrosen im Netz, Perit. pariet. und Mesenterium.

Auf Vorhandensein resp. Fehlen des Pancreassaftes im Mageninhalt ist in vita leider nicht untersucht worden.

Fall III. Eine 44 jähr. Frau leidet seit 8 Monaten an nach dem Essen auftretenden Schmerzen im Magen, Sodbrennen, Uebelkeit, Brechneigung; provocirt selbst Erbrechen, wobei sehr reichlich stark saure Flüssigkeit entleert wird. Pat. ist nicht cachectisch; die grosse Magencurvatur liegt dicht oberhalb der Symphyse, die kleine zwei Finger über dem Nabel; verstärkte Peristaltik, Succussionsgeräusch. Im nüchtern aus dem Magen Geheberten reichlich freie Salzsäure, viel Sarcine, etwas Hefe, keine Bacillen, reichlich Amylum. Der Urin enthält Aceton und Acetessigsäure in grösserer Menge. Im weiteren Verlauf trat ein plötzlicher Collaps und starke Uebelkeit ein, tags darauf galliges, stark saures Erbrechen, das sich am nächsten Tage unter Erscheinen von Icterus wiederholt. Bei der zwei Tage später unternommenen Gastroenterostomie fand man Obturation des Duodenum durch Gallensteine. 5 Monate darauf Radicaloperation, das Duodenum steinfrei, jedoch Steine in der Gallenblase und Verlöthung letzterer mit dem Duodenum, welche Compression veranlasst.

Verf. meint, dass der im Duodenum liegende Stein anfangs Gastrectasie ohne völligen Darmverschluss hervorrief und dass erst bei eintretendem völligem Verschluss Collaps und Rücktritt der Galle in den Magen stattfand, auch die Peritonitis einen wesentlichen Einfluss auf den Gallenrücktritt ausübte.

Im Fall IV handelt es sich um einen 66 jährigen Mann, der seit 3 Monaten an Magenschmerz, Uebelkeit, Ructus, Obstipation und Kräfteverfall leidet. Seit zwei Tagen sehr häufiges Erbrechen und Diarrhöen. Der Magen liegt mit seiner grossen Curvatur handbreit über der Symphyse; im Erbrochenen reichlich Milchsäure und Gallenfarbstoff (nach Gmelin nachweisbar), keine freie Salzsäure, microscopisch reichlich lange Bacillen. Kein Tumor sichtbar, Stuhl nicht entfärbt, Urin Gmelin +, Cachexie. Sectionsdiagnose: Carcinoma duoden. 6 cm unterhalb der Pap. duoden., Gastrectasie.

Verf. bespricht des Weiteren die Verschiedenheit des chemischen Befundes bei infrapapillärer Duodenalstenose mit und ohne Gastrectasie, und geht schliesslich auf die diagnostischen Merkmale ein. Suprapapilläre Stenosen seien von Pylorusstenosen kaum zu trennen, das Gleiche gelte von infrapapillären und Jejunalstenosen; dagegen liessen sich Pylorusstenosen und tiefer sitzende Darmstenosen von den infrapapillären meist unterscheiden.

Auf Duodenalstenose könne man schliessen, wenn Anamnese oder Status für Erkrankung des Pancreas, Duodenalgeschwür (Verbrennung), Gallensteine und gleichzeitigen Druck auf die Gallenausführungsgänge sprechen. Das constanteste Zeichen der infrapapillären

Stenose ist dauernder Gallenfarbstoffgehalt im Mageninhalt; meist findet man auch Pancreassecret in letzterem und endlich Etablirung einer Duodenalverdauung. Hefe und Sarcine fehlen. Bei gleichzeitiger Gastroectasie treten nur die beiden ersten Befunde auf, da die Regurgitation im Verhältniss zum enormen Mageninhalt eine sehr geringe Menge repräsentirt. Gegenüber Stenose des Jejunum und Ileum ist zu achten auf das Ausbleiben fäculenten Erbrechens, Fehlen der Darmperistaltik und grösserer Mengen Indican im Harn; auch verschwindet die Auftreibung der Oberbauchgegend bei Duodenalstenose oft schnell durch Ructus und Erbrechen.

Beim Zustandekommen des Ileus spielt das sogen. Meckel'sche Divertikel eine nicht unerhebliche Rolle. Viel seltener wird ein Ileus hervorgerufen durch das Persistiren des ganzen Ductus omphalomesaraicus. Einen solchen seltenen Vorgang hat Jordan (9) zu beobachten Gelegenheit gehabt. Es handelt sich um einen Landwirth im Alter von $19^1/_2$ Jahren, der im Allgemeinen, abgesehen von einer überstandenen Lungenentzündung, stets gesund gewesen war. Derselbe erkrankte nun plötzlich während der Nacht mit Erbrechen und Schmerzen in der Nabelgegend. Das erstere wiederholte sich in den nächsten Tagen und nahm fäculente Eigenschaften an. Völlige Rententio alvi et flatuum. Kein Fieber, minimale Nahrungsaufnahme. Schlaf sehr mangelhaft. Die Diagnose lautete: Ileus, Folgezustand einer Stenosirung, wahrscheinlich des Dünndarms, Complication mit Peritonitis sehr wahrscheinlich. Es wurde nunmehr zur Operation geschritten. Nach der Eröffnung des Abdomens fand man ein Convolut völlig gangränöser Darmschlingen, welche, ein halbmal um die Achse gedreht, durch einen vom Nabel entspringenden. kleinfingerdicken Strang umschnürt waren. Bei der Entwickelung des Convoluts sah man, dass es sich dabei um einen Ductus omphalo-mesaraicus handelte. Man zog sodann die ganze gangränöse Darmpartie in der Länge von 1 m vor die Bauchwunde und stellte eine Anastomose zwischen dem stark geblähten hypertrophischen zuführenden und dem collabirten abführenden Schenkel her. Der am Ende der Operation collabirte Patient starb gleich darauf. Bei der Obduction wurde Folgendes festgestellt: Das gangränöse Stück des Ileums hatte eine Länge von 1,10 m und reichte bis 7 cm im Durchmesser oberhalb der Ileocoecalklappe. Die Anastomose stellt eine über 4 cm im Durchmesser betragende Communication dar; auch bei Anwendung stärksten Wasserdrucks hält die Naht vollkommen. Die Ursprungsstelle des Ductus omphalo-mesaraicus liegt 1 m oberhalb der Bauhin'schen Klappe. Die Präparation der zurückgelassenen Basis des Ganges ergiebt, dass der letztere bis dicht an die Nabelnarbe reicht und daselbst blind endet. Die ganze Länge des Canals beträgt 9 cm. Die Schleimhautauskleidung entspricht derjenigen des Dünndarms.

Die Abhandlung von Naunyn (11) giebt die reichen Erfahrungen dieses Klinikers in gedrängter Uebersicht wieder. Diagnose und Therapie, vor Allem die Indicationsstellung zur Operation werden nach allen Richtungen hin besprochen. Auszugsweise lassen sich solche Erörterungen nicht wiedergeben und muss das Original zu eingehendem Studium empfohlen werden. Indessen sind folgende Gesammtergebnisse anzuführen:

Die Laparotomie beim Ileus giebt im Allgemeinen ein viel besseres Resultat am 1. oder 2. Tage, die Heilungsziffer fällt mit dem 3. Tage auf die Hälfte, von 70 auf 34 pCt.! Danach ist das Wort: „Frühoperation" im günstigen Sinne dieses Begriffes nur auf die am 1. oder 2. Tage zur Operation gelangenden Fälle anzuwenden. Nach dem 3. Tage ist durch die Statistik eine weitere Verschlechterung der Prognose der Operation nicht mehr nachzuweisen.

Eine ganz besondere Stellung nehmen alle die Fälle von Ileus ein, in welchen eine Inguinal-, Crural- oder Umbilicalhernie besteht oder bestanden hat, selbstverständlich von Brucheinklemmung abgesehen. Alle diese Fälle gehören, und auch dann, wenn Verdacht auf Einklemmung der bestehenden Hernie ausgeschlossen scheint, von vornherein dem Chirurgen, weil hier die Operation erfahrungsgemäss ein überaus günstiges Resultat ergiebt, nämlich 72 pCt. Heilungen.

In Fällen primärer Peritonitis mit Ileus, die sich fast immer diagnosticiren lassen, ist die Indication zur Operation mit Rücksicht auf die Peritonitis, nicht mit Rücksicht auf den Ileus zu stellen.

Falls eine chronische Darmenge die Ursache des Ileus ist, so lässt sich dies meist feststellen; in diesem Falle liegt gewöhnlich kein Grund vor, die Operation zu beeilen.

Die topographisch-anatomische Localisation der Lage der Undurchgängigkeit im Bauche gelingt nur selten; sie zeigt dem Operateur direct, wo er das Hinderniss zu suchen hat, und ist deshalb höchst wichtig. Die Diagnose des Sitzes der Undurchgängigkeit im Darme gelingt mit einiger Sicherheit nur dann, wenn sie im Duodenum (oder oberen Jejunum) oder im S romanum oder Colon descendens sitzt. Sonst wird man meist nur zur mehr oder weniger sicheren Vermuthung kommen, dass die Undurchgängigkeit höher oben (im Dünndarm) oder tiefer unten (im Dickdarm) sitze. Dagegen ist das Bestehen von Strangulation in vielen Fällen der Diagnose zugängig und äusserst wichtig. Sie verlangt die sofortige Operation.

Eine sicherere Specialdiagnose im Sinne der dem Ileus zu Grunde liegenden Darmerkrankung gestatten:

1. Der Ileus durch Fremdkörper — Gallensteine. Hier liegen noch heute die Dinge so, dass die Operation nur unter ganz besonderen Umständen angezeigt erscheint.

2. Der Volvulus des S romanum. Bei ihm verhalte man sich individualisirend, jedenfalls übereile man die Operation nicht, sofern der Ileus in seiner Gestaltung keine besondere Bösartigkeit zeigt.

3. Die Intussusception — sie gehört nach einmal gestellter Diagnose dem Chirurgen, denn ausser durch die früh eintretende spontane Reposition ist Heilung nur durch Laparotomie zu hoffen.

Ausser in Bezug auf die Operation bestehen heutzutage in den Hauptpunkten der Ileustherapie kaum noch Meinungsdifferenzen.

Innere Abführmittel sind, wo wirklicher Ileus besteht, zu vermeiden.

Was in dieser Richtung geleistet werden muss, wird am besten durch grosse Wassereingiessungen oder 200—500 ccm grosse Oelclystiere oder höchstens, so lange noch kein Kothbrechen besteht, durch abführende Clystiere (Sennainfus [15:90] als Clystier, Glycerinclystiere [5—10 ccm reines Glycerin]) geleistet.

Opiate. Sie sind in nicht zu grossen Dosen anzuwenden, weil, wie z. B. Frerichs längst lehrte und Curschmann am bestimmtesten hervorgehoben, die Resorption während bestehendem Ileus sehr unsicher ist. Die allmälig eingeführte Drogue kann liegen bleiben und dann plötzlich in zu grosser Menge resorbirt werden. Leider wirkt das Morphium subcutan sehr viel flüchtiger, und leider ist die Wirkung der Opiate vom Mastdarm aus sehr ungleich und unsicher.

Ausspülungen des Magens sind überall vorzunehmen, wo Kothbrechen statthat, oder wenn der Magen sonst überfüllt ist. Versuchsweise sollte man, auch wo beim Ileus noch kein Erbrechen besteht, immer einmal eine Magenausspülung machen, nicht selten findet man auch dann schon den Magen, und zwar mit kothigen Massen ganz gewaltig überfüllt.

Die Wirkung dieser Magenausspülungen ist oft eclatant. Die Entleerung des Magens kommt offenbar dem oberhalb der Undurchgängigkeit liegenden Darmtheil, bis weit in den Dünndarm hinab zugute, wie man daraus erkennen kann, wie schnell oft der eben entleerte Magen sich immer wieder mit Darminhalt (kothigen Massen) füllt.

Vor reichlicher Einnahme von Speisen und Getränken ist nachdrücklich zu warnen; dem Durst kann oft durch kleine Warmwasserclystiere (100 g) abgeholfen werden; das Wasser bleibt zurück und wird anscheinend gut resorbirt. Die Ernährung ist auf das Minimum zu reduciren: am zweckmässigsten dürfte wohl für leichte Resorption präparirtes Amylum (Kindermehle, zerkochte Zwiebacke) in geringer Menge zu geben sein.

Die Punction der geblähten Darmschlingen wird von N. nicht befürwortet. Ebensowenig das Eingehen der Hand in das Rectum des narcotisirten Kranken.

c) Entzündung. Verschwärung.

1) Laveran, Au sujet de la pathogénèse de l'appendicite. Bull. de l'acad. de méd. 5. Mai. — 2) Pick, Alois, Ueber Typhlitis und Appendicitis. Wien. med. Wochenschr. No. 15. 16. 17. — 3) Grohé, Berthold, Geschichtliche Darstellung des Wesens und der Behandlung der Typhlitis und Perityphlitis. Inaug.-Diss. Greifswald. (Eine fleissige historische Zusammenstellung und Inhaltsangabe der einschlägigen Veröffentlichungen.) — 4) Derselbe, Pathologie und Therapie der Typhlitiden. Greifswald. (Dasselbe.) — 5) Herz, H., Zur Behandlung der Typhlitiden. Ther. Monatsh. April. — 6) Smith, W. Ramsay, Atypical cases of appendicitis, with a discussion of symptomatic parotiditis. Edinb. Journ. Aug. — 7) Motchouskowsky, O., (St. Petersburg), Ein Beitrag zur Pathologie der Appendicitis. Allgem. Wien. med. Ztg. No. 29. (Bericht über einen zunächst typisch verlaufenden Fall von Appendicitis, bei welchem unter Opium alle Erscheinungen geschwunden waren, als am 12. Tage der perforirte trichterförmig erweiterte Proc. vermiform. per anum entleert wurde [auch microscopisch untersucht]. Darauf Heilung, welche nach einem recidivirenden Gastrointestinal-Catarrh dauernd blieb.) — 8) Murray, W., On the subsequent history of children who have suffered from typhlitis. Brit. med. Journ. Septbr. 19. — 9) Akerlund, Sven Friedr., Studien über Darmausleerungen, Gradual-Dissertation. 81 Ss. in 8°. Mit 6 Tafeln. Lund. 1895. — 10) Tobiesen, Fall von perforirender Ulceration im Darm nach Verbrühung. Hospitalstidende. R. 4. B. 4. p. 961. — 11) Fessler, Theodor, Ueber schwere Darmcoliken und die eventuelle Verwechslung derselben mit anderen Krankheiten. Wien. med. Wochenschr. No. 2. — 12) Gerlach, W., Kritische Bemerkungen zur gegenwärtigen Lehre von der Darmatrophie. Deutsch. Archiv. Bd. 57. S. 83.

Laveran (1) wendet sich gegen die Behauptung Dieulafoy's, dass die Appendicitis stets das Resultat einer Umwandlung des Appendix in eine geschlossene Höhle sei. Pathologisch-anatomisch erscheine die Appendicitis nicht als Folge, sondern als Ursache des Abschlusses, oft finde man auch Perforation bei freiem und erweitertem Proc. vermif. Die Widerlegung des Dieulafoy'schen Satzes sei wichtig, weil sonst alle Fälle operirt werden müssten.

Pick (2) bespricht eingehend die bekannten Verhältnisse bei der Typhlitis, Peri-, Paratyphlitis und verschiedenen Formen der Appendicitis; er tritt für das Vorkommen einer rein nervösen Colica proc. vermif. ein, wenn auch solche Fälle in der Mehrzahl durch in den Processus gelangte Fremdkörper bedingt seien. Das Bild der Colica proc. vermif., sowohl der functionellen, wie der durch Fremdkörper veranlassten Form, setzt sich zusammen aus plötzlich in der Coecalgegend beginnendem, dann in den ganzen Leib ausstrahlendem Schmerz, Erbrechen, Obstipation und Auftreten des MacBurney'schen Schmerzpunktes. Nach dem Anfall wird der jetzt stets catarrhalisch gereizte Proc. verm. als walzenförmiger, wenig empfindlicher Tumor fühlbar. Die Differentialdiagnose ist öfters zu stellen und stützt sich gegenüber Gallensteincolik darauf, dass bei letzterer der Schmerz gewöhnlich in der rechten Oberbauchgegend localisirt ist und meist Icterus folgt; die Nierencolik bietet Freibleiben der Coecalgegend und bisweilen Steine im Harn dar. Gegen Darmcolik spricht einerseits die Obstipation während des Anfalls, andererseits ist bei dieser der Schmerz oft auf einen bestimmten Darmtheil localisirt. Am schwierigsten ist Unterscheidung von Appendicitis. Letztere bietet differentialdiagnostisch gegenüber Colica proc. vermif. Fieber und einen dauernd druckempfindlichen Processus dar, was sich allerdings auch bei wiederholt auftretender Colik einstellt.

Unter Typhlitiden versteht Herz (5) auch die Appendicitis und Perityphlitis. Als Ergebniss einer Analyse von 121 Fällen, von denen nur 10 operirt (3 †) wurden, 96 geheilt das Hospital nach interner Behandlung verliessen, 7 Fälle starben, davon 3 mit, 4 ohne Operation, kommt Verf. zu dem Schluss, dass die Operation auf die Fälle dringender Indication zu beschränken, im Allgemeinen aber die interne Behandlung durchzuführen sei. Im ersten Stadium der Er-

krankung ist als zureichender Grund zum operativen Eingriff zunächst das allzu rasche Anwachsen des Exsudats, die Ausbreitung über die ganze Beckenschaufel bis zur Mittellinie und darüber zu betrachten, auch wenn Fluctuation fehlt oder undeutlich ist. Indicirt ist die Operation, sobald das Exsudat die Haut vorwölbt, in sie eindringt, Oedem der Hautdecken macht etc. Keinen Grund zum sofortigen Eingreifen bieten die initialen Erscheinungen, selbst wenn ein mässiger Collapszustand im Beginn, sehr heftige colikartige Schmerzen, starker Meteorismus, Singultus und wiederholtes Erbrechen den Eindruck einer lebensgefährlichen Erkrankung machen. Es sind Erscheinungen, welche bei geeigneter, interner Therapie stets gut zurückgehen. Sind deutliche Eitersymptome, Temperatursteigerungen in der zweiten oder dritten Woche, Störung des Allgemeinbefindens, mehr oder weniger deutliches Fluctuationsgefühl in der Tiefe vorhanden, ergiebt die Probepunction leicht erreichbaren Eiter, ist die Operation als Regel zu betrachten, wenn man auch auf Wunsch der Patienten, besonders bei kleineren Herden, noch zögern kann. Vergrössern sich die Abscesse oder beginnen sie zu wandern, so ist die Eröffnung dringend erforderlich. Gefährlich sind bekanntlich die phlegmonösen Entzündungen hinter dem Coecum, die Perityphlitis. Ist ein Abscess in der Gegend des Quadratus lumborum nachweisbar, so erfordert er sofortige Incision. Auch ein an sich geringer Blinddarmabscess muss geöffnet werden, sobald septische Erscheinungen beginnen, stärkere Fröste resp. Schüttelfröste während des Verbandes, hochgradige Cyanose des Gesichts, hohe Pulsfrequenz bei niedriger Temperatur, gelbliches Aussehen der Haut und der Conjunctiven eintreten. Bleiben grosse Beschwerden, vielleicht durch Verwachsungen, zurück, treten immer wieder ernste Recidive auf, ist die Radicaloperation, am besten in der anfallsfreien Zeit, anzurathen. Ist allgemeine Peritonitis oder schwere Sepsis ausgebrochen, so sind die Fälle meist verloren. Nur wenige heilen ohne, nicht viel mehr mit chirurgischer Therapie.

Smith (6) theilt 2 Fälle von Appendicitis mit. Bei dem ersten geschilderten Fall schwankte die Diagnose zwischen Appendicitis und Peritonit. tuberculosa, Schmerzen begannen in der linken Bauchseite, wo auch eine der Flex. sigm. entsprechende Resistenz gefühlt werden konnte. Die Section ergab Perforation des Proc. vermiform., der rechts lag, und Abscess oberhalb des Lig. Poup. mit der Bauchhöhle communicirend. Der zweite Fall bot zunächst das Bild einer Appendicitis mit Peritonitis, letztere auf Blase und rechte Niere übergreifend, als Complication trat plötzlich beiderseitige Parotitis, in Abscess übergehend, auf. In der Leiche zeigten sich: Perforation des Proc. vermif., mehrfache Perforationen des Coecum, grosser mit jauchigem Eiter gefüllter Abscess rings um das letztere und totale Vereiterung beider Parotiden.

In der sich anschliessenden Besprechung empfiehlt Verf. bei Herzfehler ohne Fieber Strychnin, Arsenik, Morphium, und meint, dass in Fällen von schwachem Herzmuskel Digitalis direct schädlich sei. Bezüglich des Falles II glaubt er, dass ohne die complicirende Parotitis, welche den Abscess der Umgebung des Coecum erst veranlasst habe, eine Heilung zu erwarten gewesen wäre und knüpft eine nichts Neues bietende Besprechung der verschiedenen Parotitis-Formen an.

Die Fälle von Murray (8) sind in folgende drei Gruppen getheilt:

I. Appendicitis mit Peritonitis circumscr. 9 Kinder zwischen 5 und 12 Jahren, die nach der Entlassung noch 3—7 Jahre beobachtet wurden, blieben sämmtlich gesund. Keine Operation; bei einem Fall handelte es sich um mehrfache leichte Recidive, 1 Kind hatte den 2., 1 den 3. Anfall. Angeschlossen ist ein hierher gehöriger, für einen Tumor gehaltener Fall, der durch Amputation des Proc. verm. geheilt wurde.

II. Appendicitis mit Peritonealabscess. 10 Kinder, zwischen 3 und 12 Jahren, wurden sämmtlich operirt und 9 dauernd geheilt (weitere Beobachtung zwischen 3 und 6 Jahren). Ein Kind starb am 18. Tage nach der Operation in Folge plötzlichen Durchbruchs eines abgekapselten Abscesses in die freie Bauchhöhle. Die Differentialdiagnose gegen Gruppe I stützt M. weniger auf höheres Fieber, als auf grössere und besser abgrenzbare Resistenz in der Ileocöcalgegend und besonders auf den Allgemeinzustand. Der Processus wurde bei der Operation nie aufgesucht, sondern einfach incidirt und drainirt; diagnostische Punction als zu gefährlich verworfen.

III. Gangrän und Perforation des Processus. Von den 3 sämmtlich tödtlich verlaufenen Fällen waren 2 durch Fremdkörper veranlasst; der 3. war erfolglos operirt; eine Perforation wurde bei der Section nicht gefunden.

[Akerlund (9) giebt

I. Studien über die Darmausleerungen bei der Enteritis membranacea. Nach dem Verf. ist die Enteritis membranacea eine Form resp. eine Variante der Enteritis (oder, richtiger gesagt, der Colitis) chronica. Ihre Entstehung kann so erläutert werden, dass sie sich durch die Einwirkung einer oder mehrerer specifischer Agentien auf eine schon bestehende oder beginnende Enteritis sich entwickelt. Diese wirksamen Krankheitsursachen können verschiedenerlei sein, und zwar mechanisch oder chemisch oder microbisch. Die überwiegende Anzahl der geformten Bestandtheile in den membranösen und tuberculösen oder cylindrischen Concretionen ist gebildet aus mehr oder weniger zerfallenen Zellen, welche mehr oder weniger schleimig oder fettig degenerirt sind und in einer Menge von meist eigenthümlichen und ungleichartigen Formationen vorkommen. Die Grundsubstanz in den Membranen besteht zum grössten Theile aus mucinösen Stoffen. Die betreffende Krankheit kommt nach der Erfahrung des Verf.'s ebenso oft unter Männern als unter Weibern vor und die nervöse Belastung ist keineswegs nothwendig für ihre Entstehung. Die Casuistik des Verf.'s. umfast 8 Fälle.

II. Studien über eine bei einem Falle von Enteritis in den Darmausleerungen vorkommende Art von Amoeba coli. Die betreffende Amoebenart war sowohl in mor-

phologischer wie biologischer Hinsicht von der Amoeba coli Lösch weit verschieden. Sie kamen in schlechtem Trinkwasser vor und waren aller Wahrscheinlichkeit pathogen. III. Studien über gewisse weniger häufig vorkommende Bestandtheile in den Fäces. A. giebt fragmentarische Mittheilungen über acholische Stuhlentleerungen, Steatorrhoea, Pflanzenbestandtheile, Fettsäurecrystalle, Kalkoxalat, Cholestearin, Charcot-Leyden'sche Crystalle, Trichocephalus dispar, Sarcina, Saccharomyces und Clostridium butyricum.

A. Fr. Eklund (Stockholm).]

[Tobiesen's (10) Fall ist folgender: 58jähriger Arbeiter kam ins Spital mit ausgedehnter Verbrennung 2. Grades; nach 26 Tagen Sopor, Tod. Im Ileum ein erbsengrosses Ulcus simplex, im linken Theile des Colon transversum zwei ähnliche Ulcera, von denen das eine perforirt hatte. Obgleich meistens nur im Duodenum Ulcerationen nach Verbrennungen beobachtet werden, meint Verf. doch, auch hier nur die Verbrennung als Ursache betrachten zu können, da die Section keinen Anhalt für eine andere Erklärung gab.

F. Levison (Kopenhagen).]

Fessler (11) beschreibt in Kürze auf Grund von 8 bei Soldaten beobachteten Krankheitsfällen einen Symptomencomplex, der ihm den Eindruck eines Tetanus resp. epileptischer Krämpfe machte, welche er jedoch auf sehr heftige Darmcolik bezieht. Unmittelbar nach dem tonischen Krampf trat vorübergehend Aufhebung des Corneal- und Pupillarreflexes und Irrereden auf. Therapie: Morphium subcutan bis zu 0,04.

Die kritischen Bemerkungen Gerlach's (12) zur Lehre von der Darmatrophie richten sich gegen die von Nothnagel zur Grundlage seiner Lehre von der Darmatrophie gemachten Beobachtungen bezw. die Deutung der von N. gegebenen Bilder des atrophischen Darmes. Nach Nothnagel findet sich eine Verschmächtigung der Darmschleimhaut, Drüsenschwund bis zu völligem Verlust der Mucosa, wobei ein Theil der Drüsen am Ausfallen, ein anderer zottenartig ins Darmlumen hervorragend und hypertrophirt ist. Die Muscularis soll dem jeweiligen Verhalten der Schleimhaut gemäss bald mehr, bald weniger stark verdünnt sein, an der Submucosa dagegen eine Veränderung nicht angetroffen werden.

Gerlach glaubt, dass diese Veränderungen in der grossen Mehrzahl der Fälle Kunstproducte seien, die durch die Fäulniss und die dadurch bedingte Dehnung der Därme p. m. hervorgebracht würden. Dadurch wird nämlich die Muscularis und die Mucosa auseinandergezerrt, so dass erstere naturgemäss verdünnt und letztere auf die gleiche absolute Länge ärmer an drüsigen Elementen werden muss, die dann über das Niveau hervorragen und so den unrichtigen Eindruck machen, als ob sie hypertrophisch wären. G. will nicht leugnen, dass da, wo die Muscularis von normaler Dicke, die Schleimhaut aber schmächtiger als normal angetroffen wird, eine wahre Atrophie besteht, aber schon der Umstand, dass er in 3 genauer mitgetheilten Fällen schwerer Dickdarmentzündungen während Lebzeiten des Patienten keine abgestossenen Drüsen in den Ausleerungen, wohl aber nach dem Tode im Darm finden konnte, und zwar reichlich da, wo die Därme gebläht waren, spärlich, wo sie bei der Section contrahirt angetroffen wurden, macht eine für die „Atrophie" als Ursache anzunehmende bei Lebzeiten stattfindende Abstossung des Epithels und der Drüsen unwahrscheinlich. Dagegen ergaben Experimente an geblähten und faulenden Thier- und Menschendärmen die Richtigkeit der Ansicht des Verfassers. Er benutzte dazu Sperlings- und Menschendärme, von denen er nahe bei einander gelegene Abschnitte theils frisch und ungebläht, theils frisch und gebläht (durch Injection von Lösungen von Kal. bichromic.), theils faul resp. faul und gedehnt untersuchte.

Letzteren Falls bekam er Bilder, die denen der Nothnagel'schen Darmatrophie genau entsprachen. So kommt G. zu dem Schluss, „dass eine Lehre von der Darmatrophie im eigentlichen Sinne des Wortes bis heute noch nicht existirt", und dass man bei Verwerthung der betreffenden microscopischen Befunde mehr wie bisher auf den Dehnungs- resp. Fäulnisszustand des Darmes Rücksicht zu nehmen habe.

d) Eingeweidewürmer. e) Stein- und Neubildungen. f) Ruhr.

1) Boas, J., Ueber Amöbenenteritis. Deutsch. med. Wochenschr. No. 14. — 2) Borchardt, Ueber Amöbenenteritis. Deutsch. Wochenschr. V. B. No. 12. (Discussion zu dem gleichlautenden Vortrag von Boas.) (Führt einen im Krankenhause Urban beobachteten Fall an. Auch hier erwiesen sich Infectionsversuche mit dem amöbenhaltigen Stuhl bei Katzen als wirkungslos. Es hat sich wohl um die A. coli mitis gehandelt.) — 3) Manner, Franz, Ein Fall von Amöbendysenterie und Leberabscess. (Aus der III. med. Abtheil. des k. k. Kaiser Franz Joseph-Spitals, Kovács.) Wien. klin. Wochenschr. No. 8 u. 9. — 4) Mathieu, Albert et Maurice Soupault, Les amèbes de l'intestin; leur valeur séméiologique et pathogénique. Gaz. des Hop. Octobre. No. 119. (Zusammenstellung des bisher über Amoeba coli Bekannten.) — 5) Hofmeister (Tübingen), Ueber multiple Darmstenosen tuberculösen Ursprungs. Berl. klin. Wochenschr. 12. Octob. — 6) Kartulis, Dysenterie (Ruhr). Mit 13 Abb. gr. 8. Wien. (Aus Nothnagel's Handbuch.) — 7) Gibert, Martial, Dysenterie et Serum artificiel. Nouveau Montpellier Méd. p. 864. (G. glaubt von 3 Fällen acuter Dysenterie 2 durch subcutane Kochsalztransfusion gerettet zu haben.) — 8) Finny, Magee J., An Outbreak of acute (Tropical?) Dysentery in a Family. The Dublin Journ. May 1.

Boas (1) berichtet über 2 Fälle von Amöbenenteritis.

Der erste Fall betrifft eine 32jährige Dame, die angeblich nach dem Genuss schlechten Trinkwassers an Diarrhöen und Tenesmus erkrankte. Den stürmischen Anfangserscheinungen folgte ein sehr protrahirtes Stadium, in dem Remissionen mit Exacerbationen vielfach abwechselten. Die Stühle hatten eine erbsenpüréeartige Beschaffenheit, reagirten alkalisch und enthielten niemals Eiter oder Blut. Dagegen fanden sich massenhaft Amöben, und zwar ruhende, bewegliche und encystirte Formen. Die ruhenden hatten Semmel- oder Bisquitform, die beweglichen streckten Pseudopodien

aus und in den encystirten waren meist ein oder mehrere Kerne wahrzunehmen. Ihre Lebensfähigkeit war sehr beschränkt und erlosch durchschnittlich nach 8 bis 10 Stunden; Alcohol zeigte sich zur Fixirung ungenügend; die Tinction gelang am besten mit Safranin und Gram'scher Färbung. Am meisten Aehnlichkeit haben die von ihm gefundenen Amöben mit den Quincke'schen; nur unterscheiden sie sich von ihnen durch den Gehalt von rothen Blutkörpern. Eine Uebertragung auf Katzen misslang. Die Therapie, die in Anwendung gezogen wurde, bestand zunächst in Darreichung von Calomel, 3 mal täglich 0,03; indessen konnte hierdurch eben so wenig wie durch Chininclysmata und eine Reihe anderer Medicamente ein dauernder Erfolg erzielt werden. Erst nach Höllensteineingiessungen war eine Besserung ersichtlich.

Der zweite Fall verlief klinisch unter ganz ähnlichen Erscheinungen wie der erste; die gefundenen Amöben waren kleiner. Daneben fand sich eine Flagellatenform, die mit Geisseln versehen war. Auch hier war der Verlauf ein protrahirter und die Therapie erwies sich wenig machtvoll.

B. hat ausserdem die Dejectionen von 43 Gesunden nach vorheriger Darreichung von Karlsbader Salz auf Amöben untersucht und in 9 Fällen Gebilde gefunden, die an Amöben erinnerten. Indessen fehlte diesen Gebilden stets eine Eigenbewegung und sie waren nur in sehr spärlichen Exemplaren vertreten; es ist ihm demnach sehr zweifelhaft, ob dies wirkliche Amöben oder vielleicht blos unschuldige Monaden sind.

Der 30jährige Patient Manner's (3) leidet seit 1 Jahr an Diarrhoe und blutigen Schleimbeimengungen, Spannungsgefühl in der Lebergegend und subjectivem Fiebergefühl, hat seit Jahren Wien nicht verlassen. Lebertumor mit mässiger Druckempfindlichkeit und peritonitischem Reiben. Im Stuhl Amoeba coli, Injection desselben in dem Darm einer Katze tödtet dieselbe. Bei der Section des etwa nach im Ganzen 13 monatlicher Krankheit verstorbenen Patienten finden sich multiple Leberabscesse und Amoebendysenterie. Im Katzendarm begann die Necrose in der Dickdarmschleimhaut. In einer längeren Besprechung der Literatur und Streitfragen der Amoebenenteritis erklärt Verf. die pathogene Bedeutung der Amoeben für höchst wahrscheinlich.

Hofmeister (5) hat einen 32jährigen Mann, der seit 6 Jahren an häufigen Coliken und seit 6 Tagen an Ileus litt, laparotomirt. Als Ursache des Ileus ergab sich eine 10fache Stenose des Dünndarmes. Die 10 Verengungen waren über 255 cm Dünndarm vertheilt. Die ganze stenosirte Dünndarmpartie wird durch Enteroanastomose partiell ausgeschaltet. Behufs Reposition ist Entleerung der ausgeschalteten Schleife durch Punction nöthig. Diese sollte dem Patienten verhängnissvoll werden, indem die genähte Punctionsöffnung durch nachträglich sich ansammelnde Darmgase, welche nach keiner Seite hin entweichen konnten, gesprengt wurde, so dass nach 36 Stunden der Tod an Perforationsperitonitis erfolgte. Bei der Section fanden sich noch 2 Stenosen der Ileocoecalgegend, welche keine Erscheinungen gemacht hatten.

Als Ursache der Stenosenbildung ergab die histologische Untersuchung vernarbende tuberculöse Geschwüre.

Gegenüber der solitären tuberculösen Darmstenose sind die multiplen als grosse Seltenheit zu bezeichnen; Vortragender konnte 18 Fälle in der Literatur auffinden. In keinem Falle wurde die Multiplicität der Stricturen vor Eröffnung des Leibes diagnosticirt.

In therapeutischer Richtung zieht Vortragender aus seiner Beobachtung den Schluss, dass in Fällen wo die partiell ausgeschaltete Schleife nach allen Seiten hin stenosirt ist, die Punction derselben zu vermeiden ist, oder wenn dies nicht möglich, die genähte Punctionsstelle in der Bauchwunde fixirt werden muss.

Magee-Finny (8) berichtet über das nahezu gleichzeitige Auftreten acuter Dysenterie bei 5 Mitgliedern einer aus 7 Personen bestehenden Familie. Aetiologisch lag Verdacht auf Infection durch Milch vor. Alle Fälle boten das typische Bild der Dysenterie dar, doch war bei ihnen das völlige Fehlen von Fäces und der Mangel des Tenesmus sehr bemerkenswerth. Der Stuhl bestand nur aus blutigem Schleim. Ipecacuanha bewährte sich therapeutisch nicht. Keine microscopische Stuhluntersuchung, keine Section.

V. Leber.

a) Allgemeines, b) Gelbsucht.

1) Snowman, J., Displacement of the liver. The Lancet. May 9. — 2) Lévi, Leop., Somnolence et Narcolepsie hépatiques. Arch. génér. Jano. — 3) Piazza-Martini, Sul rumore di soffio venoso udibile sull'aia epatica. 7. Congresso di Med. Int. Dalla clinica moderna. Ref. v. Broglio. La Tribuna Med. No. 11. — 4) Renvers, Zur Pathologie des Icterus. Deutsch. med. Wochenschr. No. 23. — 5) Plowright, Charles, On an epidemic of jaundice in king's lynn. Brit. Med. Journ. May 30. (Kurzer Bericht über 34 Fälle [13 Männer und 21 Frauen] von epidemisch aufgetretenem Icterus catarrh. Die Mehrzahl betraf Personen unter 20 Jahren. Krankengeschichten werden nicht mitgetheilt. P. meint, es könnte eine Beziehung zwischen der Epidemie und dem Trinkwasser bestehen und weist auf das jugendliche Alter der meisten Patienten hin.) — 6) Macarthur, W. F., The treatment of biliary colic by olive oil. Edinburgh Journ. March. (Ein derartiger Fall ohne Besonderheit.) — 7) Ecklin, Th., Ueber das Verhalten der Gallenblase bei dauerndem Verschluss des Ductus choled. Basel. — 8) Mignot, R., Rech. expérim. et anat. sur les cholécystites. 8. Paris. Soc. d'édit. scient.

Snowman (1) hat folgende Beobachtung gemacht: Eine 64jährige Frau erkrankt unter Magendarmsymptomen an leichtem Icterus, es findet sich eine Dislocation der Leber, welche vom Rippenbogen bis zum Nabel reicht, keine Ptose anderer Organe. Heilung des Icterus in 5 Wochen. S. erklärt den Fall für einen Icterus catarrhal. bei einer Frau mit dislocirter Leber. Eine Ursache für die Dislocation war nicht zu finden; die Bauchdecken schlaff.

Levi (2) theilt die bei Lebererkrankungen auftretenden nervösen Erscheinungen in solche reflec-

torischer Natur und die durch Ausfall des Leberstoffwechsel (Acholie), namentlich Anhäufung von Carbaminsäure bedingten ein. Er erwähnt kurz, dass hierher folgende Erscheinungen zu rechnen sind: Coma hepaticum; Convulsionen (tonisch, clonisch), die sich bei Kindern bis zur Eclampsie, bei Erwachsenen zur Epilepsie steigern können; Veränderungen der Reflexe; Muskelschwäche, die als echte Neurasthenie imponiren kann. Von Augenstörungen kommen vor: Gelbsehen, Hemeralopie, Asthenopie, Amblyopie, Retinit. pigment., vorübergehendes Papillenödem und Pupillenreactionsstörungen. Endlich sind Characterveränderungen, gestörter Schlaf u. dergl. beobachtet. Solche Erscheinungen können ohne Icter. grav. oder hämorrh. Diathese auftreten und beruhen bisweilen anatomisch auf Gehirnödem.

Für zwei Formen der nervösen Störung theilt er je einen Belegfall mit:

Ein 39jähriger Mann, der viel trank und rauchte, erkrankte vor 6 Monaten an Angina; seitdem Schwäche, Abmagerung, zeitweise Nasenbluten, darauf Oedem der Beine und Anschwellung des Leibes. Seit 4 Monaten auch Somnolenz. Aufnahmebefund: Icterus, Oedem der Beine, kein Ascites, kein Albumen, Leber nicht vergrössert, Milztumor, Puls 26, grosse Schlafneigung. Bald traten kothig gefärbte, bis zum Tode anhaltende Durchfälle auf. Die anfängliche abendliche Temperatur von über 38° macht vorübergehend einer 5 tägigen Periode von Hypothermie unter gleichzeitigem Aufsteigen der Oedeme Platz. In den letzten 6 Lebenstagen wieder Hypothermie mit Temperaturabfall auf 32,2°. Während der ganzen Krankheit trat im klinischen Bilde die Somnolenz stark hervor. Die Section ergab: Beginnende Lebercirrhose; die Leberzellen haben theilweise ihre Färbbarkeit verloren und sind leicht verfettet. Mehrere kleine Leberabscesse, Milztumor, Ascites. Ganz geringe Hyperämie des Darms und verkalkte Spitzentuberculose.

Ein zweiter Fall zeigt einen höheren Grad von Somnolenz, den Verf. Narcolepsie nennt, und die Narcolepsie abhängig vom Auftreten von Lebercoliken:

Die 30jährige, nicht nachweislich hysterische Pat. hat vor 6 Jahren Lebercolik und noch bis vor 2 Jahren zeitweilig leichte Schmerzen gehabt. Seit 3 Monaten treten wieder leichte Schmerzen, seit 1 Monat Narcolepsie auf. Bei der Aufnahme besteht Gallencolik und grosse Schlafneigung, doch ist der Zustand kein echter Schlaf, sondern nur ein Gefühl unendlicher Schläfrigkeit. Mit Beseitigung der Colik schwindet die Narcolepsie.

Renvers (4) unterscheidet folgende Formen des acuten catarrh. Icterus:

I. Fieberlose Form.

a) Verläuft schmerzlos, in rasche Reconvalescenz übergehend, wird oft auf psychische Ursachen zurückgeführt. Niemals Schwellung der Leber oder gestaute Gallenblase. Ist wahrscheinlich auf nervöse Secretionsstörungen der Galle zu beziehen, für deren Existenz das Thierexperiment unzweideutig spricht. Die gelegentlich auftretenden Coliken beruhen auf Contraction der Gallengangmusculatur.

b) Durch toxische Einwirkung auf die Leberzellen entstehender Icterus, ausgezeichnet durch stets auftretende Blutarmuth, vorübergehende Hämoglobinämie und langsame Reconvalescenz mit Auftreten der Regenerationsformen der Blutzellen. Die Stauung findet in den Gallencapillaren statt, Gallenblasentumor fehlt; ob es sich um Vergiftung durch Nahrungsmittel oder Autointoxication handelt, bleibt zu entscheiden.

II. Fieberhafte Form.

a) Der Icterus ac. catarrh. in Folge Cat. duoden. Doch handelt es sich hierbei nicht einfach um eine Verschwellung der Papilla duoden., sondern um einen echten parasitär entzündlichen Darmcatarrh, der per continuitatem auf die oberen Gallenwege fortgeleitet wird, zu Catarrh der Schleimhaut daselbst und Stauungsicterus als dessen Folge führt.

Fieber und Icterus treten bei Bacterieneinwanderung in die Gallenwege nur auf, sobald der Gallenabfluss behindert wird, ähnlich wie bei der Appendicitis. R. bestätigt für seltene Fälle die Ortner'sche Beobachtung des Auftretens von Nephritis parenchymatosa und Milztumor, sichere klinische Zeichen der erfolgten Infection.

b) Aetiologisch von a geschieden, bietet die durch den Jaeger'schen Darmparasiten verursachte Weil'sche Krankheit eine eigene Gruppe mit den gleichen Symptomen wie a.

Des Weiteren geht R., gestützt auf 72 eigene Beobachtungen, von denen 52 durch Section controllirt sind, auf den chron. Icterus bei Cholelithiasis und Tumorverschluss des Duct. choled. näher ein: Die Erklärung des ersteren durch Gallenstauung oberhalb des eingeklemmten Steins (mechanische Theorie) lässt er für acutere Formen gelten, bei monatelangem Icterus ist die Ursache desselben in der Regel der bis in die Gallencapillaren sich erstreckende catarrhalische Process, der meist auch schon die Steinbildung veranlasst hat. R. hat gesehen, dass die Gallengänge bis in die Leber hinein mit Gallengries vollgestopft waren.

Um einen acuten fortgeleiteten Catarrh handelt es sich nach den Riedel'schen, von ihm bestätigten, Beobachtungen bei vielen Fällen fieberhaften chron. Icterus und am deutlichsten bei dem seltenen chron. Icterus in Folge Erkrankung der Gallenblase; es kann sogar zu echt intermittirendem Fieber kommen, falls durch Cholangit. suppur. multiple Leberabscesse entstehen.

Verf. stützt seine Diagnose eines durch Gallensteine bedingten chron. Icterus auf folgende Merkmale: Geringere diagnostische Bedeutung misst er der typischen Anamnese (Icterus- und Colikanfälle) bei, da er sich durch eine wegen vermutheter Gallensteine unternommene Laparotomie von dem Vorkommen der Colica hepatica nervosa überzeugt hat. Schüttelfröste bei typischen Colikanfällen mit Icterus sah R. bei Stenosirung des Duct. choled. in Folge perigastritischer Verwachsungen ex ulcere ventr.

Wichtiger ist dagegen das Verhalten der Gallenblase; oft sind Steine in ihr tastbar, oder es besteht

Hydrops vesic. fell. durch Narbenbildung oder Steineinklemmung im Duct. cyst., welcher, wenn inficirt, zum Empyem wird. Für Erkennung der Natur eines solchen Tumor ist die Probepunction mit sehr feiner Nadel und möglichst reichlicher Entleerung ausschlaggebend und dabei meist, sogar bei Gallenausfluss in's gesunde Peritoneum ungefährlich. Bei grösseren Gallenblasentumoren fand R. die Mitzerrung der Leber (Riedel'scher Lappen) mindestens angedeutet. Bei Vermuthung der Steine im Gallenausführungsgang ohne fühlbaren Stein der Blase, die oft geschrumpft erscheint, muss man sich an die Dauer des Icterus, das intermittirende Fieber und die Anamnese halten.

Differentialdiagnostisch zwischen Gallenstein und Tumor des Pancreaskopfes oder der Umgebung der Pap. duod. sprechen für letzteres, falls wie meist in frühen Stadien kein Palpationsbefund zu erheben: Völlig entfärbter Stuhl, elastischer glatter, schmerzloser Gallenblasentumor von höchstens etwa Hühnereigrösse, dessen durch Punction zu gewinnender Inhalt bei fieberlosem Process steril, sonst inficirt ist, endlich typisches septisches Fieber durch jauchigen Zerfall des Carcinoms bedingt. Mehrfach hat R. auch Magenerweiterung durch Duodenalknickung beobachtet, nur kommt dieselbe auch bisweilen bei Verwachsung in Folge Cholelithiasis vor. Ein durch genaue Stoffwechseluntersuchung nachzuweisender vermehrter Eiweisszerfall spricht für Carcinom.

Therapeutisch erklärt R. bei Ict. chron. ex Cholelithiasi die zweizeitige Cholecystotomie für stets und möglichst früh indicirt, die Choledochotomie zwar für lebensgefährlich, aber der schlechten Prognose solcher Fälle wegen für nothwendig.

[1) Ulrik, A., 3 Fälle von contagiösem, epidemischem Icterus. Ugeskrift for Läger. R. 5. B. 3. p. 265. — 2) Otto, C., Zur Lehre vom Erysipelas laryngis. Bibliotek for Läger. R. 7. B. 7. p. 200. — 3) Rasmussen, M., Nachweis des Gallenfarbstoffes im Urin. Hospitalstidende. R. 4. Bd. 4. p. 1200. — 4) Halk, Die Fleiner'sche Eingiessung von Oel gegen Catarrh des Dickdarms. Ugeskrift for Läger. R. 5. B. 111. p. 60. — 5) Ingerslev, Fall von chirurgischer Scarlatina. Hospitalstidende. R. 4. B. 4. p. 573. — 6) Ulrich, Chr., Sequela ulceris ventriculi perforati. Bibliothek for Läger. R. 7. B. 7. p. 367.

Ulrik (1). 3 kleine Mädchen, 7, 8 und 10 Jahre alt, erkrankten mit Anorexie, Ekel, Erbrechen, Fieber und beim Nachlassen des Fiebers Icterus, der einige Tage dauerte. Zwei von den Patienten frequentirten dasselbe Schulzimmer, die dritte hatte das ersterkrankte Kind täglich besucht. Unter den Erwachsenen der resp. Familien kein Krankheitsfall. Kleine Epidemieen von contagiösem Icterus sind in Dänemark nicht selten, können mitunter ernste, sogar letale Fälle herbeiführen.

Rasmussen (3) empfiehlt für diesen Zweck 1 Cubikmeter Urin mit der gleichen Menge Aether und 4—6 Tropfen Jodtinctur zu schütteln; die Flüssigkeit bildet zwei Schichten; unten der Urin, der sich nur bei Anwesenheit von Gallenfarbstoff schön grün zeigt, sonst aber keine Färbung erleidet, und oben der Aether, in welchem das Jod gelöst ist. Die Reaction soll sehr fein wirkend sein und nicht durch Anwesenheit von anderen Stoffen als Gallenfarbstoff entstehen können.

Halk (4) hat mit gutem Erfolg Eingiessung von gereinigtem Rübsamenöl (Olivenöl sehr theuer) in einer Menge von 50—250 g täglich gegen chronischen Dickdarmcatarrh mit hartnäckiger Obstipation versucht. In allen Fällen wurde der Stuhl leichter, die Flatulenz und die Schmerzen schwanden; acute Ulcerationen des Darms heilten.

Ingerslev (5). 3 Fälle von chirurgischer Scarlatina; der erste Fall betrifft ein 10jähriges Kind, das an einem Panaritium litt und mit Scharlachkranken verkehrt hatte. Es entwickelte sich eine Lymphangitis brachii vom Finger bis zur Achselhöhle und gleichzeitig eine characteristische Röthe der Haut und der Schleimhäute; nachher Abschilferung der Haut.

Ulrich (6). Ein 35jähriges Dienstmädchen, das die Symptome von Ulcus ventriculi dargeboten hatte, zeigte Symptome einer Ansammlung in der linken Pleurahöhle; durch Probepunction wurde Eiter entleert und eine Resection der 7. Rippe in der Angularlinie gemacht; Drainage, antiseptischer Verband. Nach einem Monat hatte die Secretion fast aufgehört, Pat. befand sich recht wohl. Dann traten plötzlich 3 epileptiforme Attacken ein, jede von 15 Minuten Dauer mit kurzen Intervallen; nachher Sopor und nach 4 Tagen Tod.

Section ergab perforirendes Ulcus an der vorderen Fläche des Magens, eine Abscesshöhle unterhalb des Diaphragmas, die nach der linken Pleura perforirt war; zwischen Diaphragma und Milz eine zweite Abscesshöhle, sowie auch Lobus Spigelii in einen Abscess verwandelt war. Im linken Lobus frontalis und in dem rechten Lobus occipitalis zwei abgekapselte Abscesse von je Hühnerei- und Haselnuss-Grösse.

F. Levison (Kopenhagen).]

Die nachfolgenden Berichte sind versehentlich im J.-B. für 1895 nicht abgedruckt worden:

1) Pick, Ueber das Wesen und die Behandlung von Gelbsucht. Prager medic. Wochenschr. No. 29/31. — 2) Muselier, P., Un fait de pneumothorax sousphrénique double lié à la présence d'une péritonite tuberculeuse générale. Gaz. med. No. 45. 1895. — 3) Russell, W., The palliative treatment of jaundice from malignant obstruction. Edinb. Journal. July. 1895. Fall von Gallengangscompression durch Pancreaskrebs. Gallenstauung, Icterus, Cholämie. Verf. empfiehlt in solchen Fällen Palliativ-Operation zur Hebung der Gallenstauung.)

Muselier (2) erzählt einen seltenen Fall von doppelseitigem Pyopneumothorax subphrenicus, der im Leben äusserst vage Symptome gemacht hatte, so dass ein bösartiger Tumor des Gastro-Intestinaltractus angenommen worden war. Es fand sich bei der Autopsie doppelseit. Pyopneumoth. subphr. bei einer Peritonitis tuberculosa fibrosa, ohne dass eine Perforation oder deren Narben am Gastro-Intestinal-Tract entdeckt werden konnten.

c) Hepatitis. d) Leberabscesse.

1) Foxwell, A., The enlarged cirrhotic liver. 8. London. — 2) Garland, G. M., A case of oesophageal hemorrhage with cirrhosis of the liver. Bost. med. and surg. Journ. No. 12. — 3) Weber, Parkes, Cirrhosis of the liver and icterus of four years duration. Separatabdruck des Brit. med. Journ. — 4) Pick, Friedel, Ueber pericarditische Pseudolebercirrhose (chronische, unter dem Bilde der Lebercirrhose verlaufende Pericarditis) nebst Bemerkungen über die Zuckergussleber. (Aus der I. deutschen med. Klinik des Herrn Reg.-Rath Prof. Pribram zu Prag.) Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XXIX. Heft 5 u. 6. — 5) v. Rokitansky (Innsbruck), Cirrhosis hepatis hypertrophica oder multiloculärer Echinococcus. Allg. Wien. Medic. Ztg. No. 10 u. 11. (Klinische Vorlesung über einen Fall von sehr intensivem Icterus bei einem 35jähr. Mädchen, seit 1 Jahr bestehend, kein Potus. Befund: Icterus melas, Pruritus, Lebervergrösserung bis zum Nabel, geringer Milztumor, kein Ascites, entfärbter Stuhl mit Fettcrystallen. Es wird die Prognose und Diagnose eingehend besprochen, die Differentialdiagnose liegt zwischen biliärer, hypertrophischer Lebercirrhose und multiloculärem Echinococcus.) — 6) Foxwell, Arthur, Alcoholic Cirrhosis of the liver. The Brit. Med. Journ. Febr. 15. (Nichts Neues bietende Besprechung der Laennec'schen und hypertrophischen Lebercirrhose.) — 7) Eichberg, Joseph, Hypertrophic Cirrhosis with Jaundice. Med. News. April 11. (Wendet sich gegen die Auffassung der hypertr. Lebercirrhose als Frühstadium der gewöhnlichen Schrumpfleber, indem er einen reinen Fall ersterer Art bringt und an ihm die bekannten Verhältnisse dieser Krankheit erörtert.) — 8) Klemperer, G., Zur Behandlung der Lebercirrhose. Harnstoff als Diureticum. (Aus der I. med. Univ.-Klinik des H. Geh. Rath Leyden.) Berl. klin. Wochenschr. No. 1. (K. räth von der Punction eines frischen Ascites bei Lebercirrhose ab, empfiehlt vielmehr Urea intern zu 10,0 bis 20,0 pro die steigend, deren vorzügliche diuretische Wirkung er an 2 Krankengeschichten demonstrirt. Urea erscheint ihm auch als das beste Medicament bei Nephrolithiasis.) — 9) Adami, J. G., Notes upon a case of multiple abscesses of the liver, associated with purulent bronchitis and interstitial pneumonia; abscesses in the spleen and pancreas. Montreal Med. Journal. August. — 10) Rassow, Gustav, Zur Aetiologie der Leberabscesse. Inaug.-Diss. Greifswald. 1895. (Schildert einen Fall von an symptomenlose Perityphlitis sich anschliessendem Leberabscess.) — 11) Macleod, N., Tropical abscess, rarely a primary, usually a secondary affection of the liver. Lancet. 26. Oct. 1895.

Fall von Garland (2). Ein 49jähr. Mann klagt seit 1 Jahr über Schwäche, zeitweises Erbrechen dunkelgefärbter Massen und dunklen Stuhl, begann dann plötzlich reichlich verfärbtes Blut zu erbrechen, dabei Blut im Stuhl und leichter Icterus. Heilung in 6 Wochen. Gleiche Anfälle, von völligem Wohlbefinden unterbrochen, wiederholten sich in den folgenden 6 Jahren. Zuletzt blieb leichter Icterus ständig, und es trat auch Schmerz im rechten Hypochondrium auf. Anatomische Diagnose: Lebercirrhose, chron. Milztumor, acute gangränöse Appendicitis mit Periton. circumscr.; Varicen der Oesophagusvenen zum Theil rupturirt.

Der zweite Fall betrifft einen 50jähr. Mann, der während eines Jahres mehrmals wegen Lebercirrhose in Behandlung war; im Stuhl einmal Blut, nie Bluterbrechen. Die Section ergab neben Anderem eine Lebercirrhose und colossale Varicen des Oesophagus mit Haemorrhagie in Folge von Erosion.

Fall III. 37jähr. Mann, der vor 6 Monaten mit Magendruck nach der Mahlzeit, Aufstossen, später rechtsseitiger Hodenanschwellung erkrankt war. Die Untersuchung ergab leichten Icterus, Oedem der Beine, Lebertumor, freier Ascites, Tumor testis dext. Nach etwa 2 Monaten Tod, nachdem in den beiden letzten Lebenstagen Blutbrechen und blutiger Stuhl aufgetreten war. Bei der Section fand man Lebercirrhose, rupturirte Varicen des Oesophagus, Thrombose der Vena iliac. comm. und cava inf., Retroperitonealabscess. Haemorrhag. Lungeninfarct.

Aus fast allen Bauchorganen liessen sich Streptococcen oder Staphylococcen züchten. Verf. meint, dass die Infection von den Lungen ausgegangen sein könnte, und weist bezüglich der Oesophagusblutungen aus den Varicen darauf hin, dass trotz der Grösse der Knoten, die anscheinend durch jeden Bissen rupturirt zu werden drohen, das Leben noch sehr lange fortbestehe und sogar zeitweise völliges Wohlbefinden eintreten könne. Er hat ferner niemals bei Ulcus ventriculi oder duodeni ein solches Hervorquellen von Blut in ruhiger Bettlage gesehen, wie er es hier bei Fall I beobachten konnte.

Weber (3) beginnt mit der Schilderung eines für hypertr. Lebercirrhose in vita gehaltenen Falles, in dessen Anamnese und Befund nichts für Gallensteine sprach. Der Urin war so intensiv icterisch, dass einfacher Essigsäurezusatz lebhafte Grünfärbung verursachte. Caput Medusae und nachweislicher Milztumor fehlen. Bei der Section fanden sich 2 Gallensteine im Ductus choled., die jedoch Gallenaustritt ins Duodenum bei Druck auf die Gallenblase gestatteten, ferner grüngefärbte cirrhotische Leber mit dem microscopischen Bilde der echten hypertr. Cirrhose, chron. Milztumor und Ascites.

Die Geringfügigkeit des Letzteren sucht W. mit Fehlen des Alcoholismus zu erklären, welch' letzterer auch bei der echten Alcohol-Cirrhose den einen Theil des Ascites durch chron. Peritonitis hervorrufe, während die Compression der Pfortaderäste innerhalb der Leber nur einen Theil des Ergusses veranlasse. Die gefundenen Gallensteine erklärt er unter Widerlegung verschiedener Einwände für die Ursache des 4jährigen Icterus und führt auch 2 ähnliche Fälle anderer Autoren zur Stütze seiner Ansicht an.

Der Milztumor vieler Lebercirrhosen beruhe nur zum Theil auf Blutstauung, zum anderen Theil auf Retention normalerweise mit der Galle eliminirter Stoffe, die ihrerseits entzündliche Wucherung entfachen. Am Schluss finden wir folgende Eintheilung der Fälle von Lebercirrhose (unter Beiseitelassung der Leberlues und der Pigmentleber mit Diabetes):

1. Alcohol-Cirrhose. Cirrhotischer Process um die Pfortaderäste beginnend.

2. Hypertr. Cirrhose (Hanot, Charcot). Beginn des Processes um die Gallencapillaren.

3. Lebercirrhose mit Anaem. splen. combinirt. Process vielleicht um die Lymphgefässe beginnend.

Pick (4) beschreibt eine bisher wenig bekannte, klinisch unter dem Bilde der Lebercirrhose verlaufende Krankheit, der er den Namen pericarditische Pseudo-

lebercirrhose giebt. Der hauptsächlichste Inhalt der Arbeit ist folgender:

Der erste Fall betrifft einen 47jährigen Mann, mässigen Trinker, der 3 Jahre zuvor an Pericarditis gelitten und seit 2 Jahren eine Lebervergrösserung und Ascites hatte, daneben fehlender Spitzenstoss, linksseitiger Pleuraerguss und angedeuteter Icterus. Damalige Diagnose: Pleuritis, Pericarditis, Cirrhos. hepat. Bei weiterem fünfmaligem Spitalaufenthalt lautete die Diagn. stets Hepatit. interst. chron., einmal nur wurde ein Herzgeräusch und Vergrösserung der Herzdämpfung constatirt. Bei der Section fand sich: Pericardit. chron. Peritonit. fibrin., Perihepatitis, Stauungsinduration der Leber, Tum. lien., Perisplenitis. Die microscop. Untersuchung der Leber zeigte Stauungscirrhose (Cirrhose cardiaque).

Fall II: 26jähriger Mann, mässiger Trinker, leidet seit 4 Jahren an Anschwellung des Leibes. Bei seinem sechsmaligen Spitalaufenthalt wurde stets Ascites, keine Oedeme (ausser sub finem), Lebervergrösserung, kein deutlicher Icterus gefunden, einige Male pericardiale Herzgeräusche und undeutliche Vergrösserung der Herzdämpfung mit schwach systolischer Einziehung der Thoraxwand constatirt; demnach wurden nacheinander die Diagnosen: Hepatit. interst., Tubercul. membr. seros., Tubercul. periton., Cirrhos. hep., Concret. cord. (?) gestellt. Auch hier ergab die Section Pericardit. c. calcific. part., Hyperaem. und Hydr. univ., Cirrhos. hep., Tum. lien. chron.

Des Weiteren geht Verf. auf die spärliche einschlägige Literatur ein und zeigt an Beispielen, dass die Pseudolebercirrhose schon öfters mit echter Lebercirrhose verwechselt worden ist. Nach ihm handelt es sich um eine Combination von

1. physicalisch latent verlaufender Pericarditis und
2. Stauungsinduration der Leber mit Ausgang in atrophische Muscatnussleber und entsprechendem Ascites;

auch seien Fälle von Perihepat. chron. hyperplast. (Zuckergussleber) hierher zu rechnen.

Die Pericarditis hält er für sicher nicht secundärer Natur, ebensowenig ist an das Nebeneinanderbestehen einer Pericarditis und Cirrhose zu denken, da es sich um deutliche Cirrhose cardiaque handle. Sehr unwahrscheinlich erscheint die Erklärung der Cirrhose als Folge einer Peritonitis, wenn auch einige Fälle der Literatur zur Tuberculose der serösen Häute gehören mögen. Von der einfachen chron. Exsudativperitonitis Vierordt's unterscheidet sich die Pseudolebercirrhose sehr wesentlich. In diagnostischer Beziehung will Verf. an Pseudolebercirrhose denken, wenn sich eine sogenannte Cirrhose mixte findet, die Anamnese aber auf ein Herzleiden hinweist und kein ätiologisches Moment für gewöhnliche Cirrhose zu Tage fördert; oft gelingt es dann bei wiederholter Herzuntersuchung Herzsymptome, namentlich pericardiales Reiben aufzufinden. So gelang es in folgendem Falle die richtige Diagn. zu stellen:

24jähriger Mann, kein Potator, nicht luetisch, aus phthisischer Familie erkrankt 2 Jahre zuvor, Beschwerden: Kurzathmigkeit, Herzklopfen, zugleich allmälige Schwellung des Leibes. Aufnahmebefund: Freier Ascites, Lebertumor, normale Herzdämpfung, Spitzenstoss nicht sicht- noch fühlbar, Herztöne rein. Während 5 Tagen innerhalb des weiteren Krankheitsverlaufs konnte pericardiales Reiben nachgewiesen werden. Sectionsdiagn.: Pericard. tubercul. obsol., Cirrhos. hep., Hydr. univ., Periton. chron. diff., Pleurit. tubercul. bilat., Tubercul. obsol. gland. lymph. In einem Nachtrag spricht P. im Hinblick auf einen mittlerweile von Rumpf publicirten Fall von Zuckergussleber nochmals die Vermuthung aus, dass auch bei letzterer die stets vorhandenen Herzaffectionen die wahre Ursache der Leberveränderung seien, während sich die Peritonitis auf die Blutstauung im Bauchfell, den Druck des Ascites und die vielfachen Punctionen zurückführen lasse.

Der Inhalt der Mittheilung von Adam (9) ist in der Ueberschrift im Grossen und Ganzen gegeben; an den Fall wird ein Erklärungsversuch des Infectionsganges angeschlossen. Die Microorganismen sind, wohl weil die Section erst 28 Stunden post mortem gemacht wurde, nicht bacteriologisch bestimmt.

Macleod (11) betont die ausserordentliche Seltenheit primärer, die grosse Häufigkeit secundärer Leberabscesse; letztere sind meist Folge der dysentrischen Erkrankungen.

e) Atrophie. f) Geschwülste. g) Gallenwege. h) Pfortader.

1) Richter, Paul Friedrich, Stoffwechseluntersuchungen bei acuter und gelber Leberatrophie. (Aus der III. medic. Klinik des H. Geh.-Rath Prof. Senator.) Berl. klin. Wochenschrift No. 21. — 2) Lanz, Friedr., Ein Fall von acuter gelber Leberatrophie bei einem 4jährigen Knaben. (Aus der k. k. pädiatr. Klinik des Prof. Escherich-Graz). Wien. klin. Wchnschr. No. 30. (Inhalt in der Ueberschrift gegeben. Das Kind war tief icterisch, die Leberdämpfung verkleinert. Der Harn enthielt Gallenfarbstoffe, Eiweiss und Aceton [auf Leucin u. Tyrosin nicht nachgesehen].) — 3) Kanthack, A. A. and E. L. Lloyd, Three cases of primary malignant disease of the liver. St. Barthol. Hosp. Rep. Vol. 31. p. 105. (Kurz geschilderte Fälle von primärem Leberkrebs [2] und Lebersarcom [1] mit eingehender Beschreibung des microscopischen Bildes.) — 4) Bramwell, Byrom und Leith, Enormous primary sarcoma of the liver, in which a large blood cyste, simulating a hepatic abscess, was developped. Edinb. Med. Journ. Oct. (Genaue Krankengeschichte eines für ein vereitertes Leberangiom gehaltenen, primären Lebersarcoms mit interessantem Sectionsbefund.) — 5) Rollet, E., Du frémissement hydatique dans les kystes hydatiques du foie. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. p. 200. (Es handelt sich um einen 13jährigen Knaben, bei welchem das Hydatidenschwirren ausserordentlich deutlich war und bei der Auscultation ein musikalisches Geräusch gab, wie eine starke Violinsaite, die man neben seiner Backe vibriren lässt. Operation, Heilung.) — 6) Betz, Friedr., Zur Symptomatologie und Diagnose der Gallensteine. Memorab. XXXIX. 8. f. (Verf. behauptet, dass Gallensteindiathese besonders in Familien mit schwarzem, früh ergrauendem Haar vorkommt, bespricht sonst nur Bekanntes.) — 7) Farnsworth, P. J. Biliary calculus and its diagnosis. Med. and surg. Rep. Aug. 22. (Inhalt in der Ueberschrift.) — 8) Courvoisier, L. G., Zur Diagnostik der Gallensteinkrankheiten. Corresp.-Blatt für Schweiz. Aerzte. No. 22. (Der Vortrag bringt neben Bekanntem den Hinweis auf

Auftreten von Gallenfarbstoff im Urin bei Fällen von Cholelithiasis, die noch nicht oder überhaupt nicht Icterus veranlassen, betont ferner gegenüber allen andern Verschlüssen der Gallenwege, dass nur bei 16 pCt. der Steinverschlüsse Vergrösserung der Gallenblase eintrete, was differentialdiagnostisch wichtig sei.) — 9) Cahen, Heinr., Ein seltener Fall von Gallensteinen. Deutsche med. Wochenschr. No. 41. (Berichtet von einem aus 16 zusammengewachsenen kleineren Cholesterinpigmentsteinen bestehenden Gallenstein, dessen Maasse 4, 4 und 3 cm waren, der jedoch ohne jede Colik abging. Nach Ansicht des Verf. muss eine pathologische Communication zwischen Gallenblase und Colon bestehe.) — 10) Schabad, Z., Ein Fall von Gallensteinen mit Ruptur der Gallenblase. St. Petersb. med. Wochenschr. No. 3. — 11) Landis, Henry, Biliary Calculi. Medic. med. and surg. Rep. 7. Nov. (Ein nichts Neues darbietender Vortrag ausser der Ansicht, dass Olivenöl in grossen Dosen bei Cholelithiasis gegeben in den Duct. choled. eindringen und die Steine lösen oder doch die Passage schlüpfrig machen könne.) — 12) Hölzl-Radeberg i. S., Darmverschluss durch Gallensteine. Deutsche med. Wchschrft. No. 17. — 13) Kelynack, T. N., The relation of gall-stones to primary cancer of the gall-bladder. Practitioner. April. — 14) Moss, T. R., Report of a case of Cholelithiasis. Med. and Surg. Reporter. July 25. (Sehr hartnäckiger Fall von Gallensteincolik, bei welchem wegen Verdacht auf Leberabscess eine Probeincision gemacht wurde.) — 15) Spinola, Erich, Ueber Pylephlebitis suppurativa. Inaug.-Diss. Berlin. (Historische Einleitung, Litteraturzusammenstellung, ein Fall und Besprechung der Pylephlebitis suppurativa. Alles nichts Neues bietend.)

Richter (1) hat an zwei jugendlichen, recent syphilitischen Patientinnen, die an acuter gelber Leberatrophie zu Grunde gingen, über 14 resp. 5 Tage erstreckende Stoffwechseluntersuchungen angestellt; er giebt genaue Zahlen der N-Ausscheidung im Urin, nach Harnstoff, Ammoniak, Alloxurkörper und Harnsäure specialisirt. Diese Tabellen, mit den Krankenjournalen verglichen, sucht Verf. mit der gebotenen Reserve für die Frage der alleinigen Harnstoffbildung in der Leber und für die Erklärung des Coma schwer Leberkranker zu verwerthen. Er kommt dabei zu dem Resultat, dass bei letzterem keine quantitativen Anomalien der N-haltigen Ausscheidungsproducte im Urin zu bestehen brauchen, dagegen eine starke Verminderung der Blutalkalescenz vorliege; die Leber kann er nicht als alleinige Stätte der Harnstoffbildung betrachten.

In dem Fall von Schabad (10) handelte es sich um eine 26 jährige Frau, die vor 4 Wochen normal geboren hatte und plötzlich mit peritonitischen Erscheinungen erkrankte. Es bestand während der Hospitalbeobachtung pyämisches Fieber, Tympania abdomin., Resistenzgefühl der rechten Bauchseite, Ruptur des r. Scheidengewölbes, eine Oeffnung in der vorderen Rectalwand, durch welche man in einen grossen Hohlraum, aus welchem Koth, Blut und Eiter ausfloss, gelangte und sub finem pleuritisches Reiben rechts hinten. Kein Icterus; Durchgängigkeit des Darms. Diagnose: Peritonitis acuta, wahrscheinlich vom Coecum oder inneren Genitalien ausgehend. Bei der Section fand sich, dass Ruptur einer steinhaltigen Gallenblase erfolgt war, die allgemeine Peritonitis erzeugt hatte. Der Eiter hatte sich am Colon ascend. entlang in den Douglas gesenkt und die vordere Mastdarmwand durchbrochen. 3 Steine lagen noch im Abdomen. Nach Eintritt der Perforationsperitonitis hatte die Patientin noch 25 Tage gelebt.

Hölzel (12) berichtet über 2 Fälle von Darmverschluss durch Gallensteine von bedeutender Grösse (Umfang 17 und 10,5 cm resp. 13 und 9 cm).

Der Fall einer 50 jährigen Frau bietet nichts Besonderes, in demjenigen eines 88 jährigen Mannes bestand seit ½ Jahr Tenesmus mit sehr geringen breiigen Entleerungen, als dessen Ursache ein den Mastdarm nach Art eines Kugelventils verschliessender Gallenstein gefunden wurde. Entfernung in Narcose, Heilung. Der Collaps der Darmocclusion durch Steine ist nach H., ebenso wie bei der Steinüberwanderung, ein Shock durch Splanchnicuslähmung, seine Intensität im Allgemeinen abhängig von der Plötzlichkeit des Abschlusses und Grösse des betroffenen Bezirks, besonders gross ist er bei Dünndarmocclusion wegen der nahen Beziehung dieses Darmtheils zu den grossen sympathischen Ganglien.

Kelynack (13). Gallensteine finden sich in 6—10 pCt. aller obducirten Fälle. Das weibliche Geschlecht wird 4 mal häufiger befallen als das männliche. In weitaus den meisten Fällen von Gallensteinen besteht primärer Gallenblasenkrebs (95 pCt.), seltener secundärer. Betreffs der 3 Theorien über die Beziehungen zwischen Gallensteinen und primären malignen Tumoren der Gallenblase ist die Ansicht, dass das gemeinschaftliche Vorkommen beider rein accidentell ist, nach den neuesten Forschungen unhaltbar. Möglicherweise schafft ein Tumor der Gallenblase Bedingungen, welche die Gallensteinbildung befördert und begünstigen: Retention der Galle in der Gallenblase und Atonie ihrer Wandungen. Leugnen lässt sich nicht, dass eine Angiocholitis oder andere Veränderungen des Gallenblasenepithels, welche einer Neoplasmaentwicklung vorhergehen, sie begleiten, der Gallensteinbildung günstig ist. Doch neigt Verf. auf Grund seiner Beobachtungen der 3. Theorie zu. Die Gallensteine üben dauernd einen localen Reiz aus, dessen Endwirkung die Krebsbildung ist. Jedenfalls begünstigt die Gegenwart von Gallensteinen bei gewissen Individuen, unzweifelhaft in Verbindung mit noch anderen prädisponirenden Bedingungen, die Carcinomentwicklung primärer Natur.

VI. Pancreas.

1) Chiari, H., Ueber Selbstverdauung des menschlichen Pancreas. Zeitschr. f. Heilk. Bd. XVI. S. 70. — 2) Kennan, Richard H., A case of acute Pancreatitis. The British Med. Journ. Nov. 14. — 3) Cayley, Case of acute Pancreatitis. Ibid. July 4. — 4) White, Hale, Carcinoma of the Pancreas. Lancet. Decemb. 26. — 5) Railton, T. C., A case of pancreatic cyst in an infant. The British Med. Journal. Oct. 31. (Es handelte sich um ein sechs Monate altes Kind mit einem grossen runden Tumor in der linken hypochondrischen Gegend, der zweimal punctirt und für eine Hydronephrose gehalten wurde. Die ungewöhnliche Lage in der linken Seite wurde vielleicht durch die stark vergrösserte Leber bedingt. Jedenfalls zeigte die Section, dass die Cyste nur mit dem Pancreas zusammenhing.)

Chiari (1) fand bei einem 25jährigen Mann, der nach Exstirpation eines Lymphdrüsensarcoms am Halse gestorben war, 12 Stunden post mortem in der linken Hälfte des Körpers des sonst normalen Pancreas einen scharf begrenzten, schwärzlich-grünlichen Herd. Die microscopische Untersuchung ergab necrotisches Pancreasgewebe, dessen Acini noch erkennbar waren, während jede Kernfärbung fehlte. An der Peripherie lagen in starkem Zerfall begriffene Leucocyten, das interstitielle Bindegewebe des benachbarten Pancreasgewebes war kleinzellig infiltrirt und vermehrt, das Pancreas im Uebrigen völlig normal.

Diese umschriebene Necrose mit reactiver entzündlicher Veränderung des Nachbargewebes ist weder durch Störung der Blutcirculation, noch durch eine interstitielle Pancreatitis zu erklären; es muss vielmehr an eine partielle intravitale Autodigestion in Folge der verdauenden Wirkung des Pancreassecrets gedacht werden.

Erst 2 Jahre später gelang es dem Verf., einen gleichartigen Fall, diesmal mit zahlreichen Herden in verschiedenen Stadien, aufzufinden. Es handelte sich um eine 32jährige, an diffuser Bronchitis und Erythema exsudativum multiforme zu Grunde gegangene Frau, in deren Pancreas sich zahlreiche, scharf begrenzte, unregelmässige, bis hanfkorngrosse, weisslichgelbe Herde mit einem rothen Hof fanden. In einzelnen dieser Herde waren die necrotischen Acini noch gar nicht zerfallen; in einem Theil der grösseren Herde zeigte sich stellenweise Zerfall der abgestorbenen Acini, während die Mehrzahl der Herde Zerfall aller necrotischen Acini zeigte. Auch in diesem Falle war es am wahrscheinlichsten, dass die verdauende Kraft des Pancreassecrets die multiplen Necrosen längere Zeit vor dem Tode erzeugt hatte, so dass sich in der Peripherie reactive Veränderungen ausbilden konnten. Bacterien konnten in beiden Fällen nicht gefunden werden.

Verf. ging nun daran, an einem grösseren Material die Frage der Autodigestion des menschlichen Pancreas zu prüfen. Von den 75 daraufhin untersuchten Drüsen zeigten 11 das Bild einer totalen oder fast totalen Necrose der Acini und theilweise auch des Zwischengewebes, so dass die Kerne sich fast gar nicht mehr färbten und das Protoplasma homogen erschien. In 29 Fällen bestanden herdweise angeordnete frische Necrosen der Acini und oft auch des Zwischengewebes. Die übrigen 35 Fälle liessen keine Spur einer Necrose erkennen. Auch hier konnte Verf. nachweisen, dass weder Fäulniss, noch irgend eine frühere Erkrankung eine Rolle spielte, sondern dass die Necrose durch Autodigestion bedingt war. Es kommt also etwa in der Hälfte der Todesfälle dem Pancreas die Fähigkeit zu, sich zur Zeit des Absterbens des Individuums in toto oder in Herden selbst zu verdauen. Die Verhältnisse liegen hier analog der Autodigestion des Magens. Es ist Gegenstand weiterer Forschung, zu entscheiden, warum sich das Pancreas nun nicht immer selbst verdaut, und weshalb bei herdweiser Selbstverdauung in der Vollkraft des Lebens die Necrose des Pancreasgewebes nicht sofort in Zerfall und Resorption des Detritus übergeht.

Kennan (2) theilt einen Fall von acuter Pancreatitis mit.

Eine 38jährige Frau wurde am Mittag plötzlich von Schmerzen in der oberen Bauchgegend und Erbrechen befallen. Der Leib dehnte sich stark aus, es trat Anurie, hochgradiger Collaps, kalter Schweiss und Pulslosigkeit ein. Sie starb bei vollkommen klarem Bewusstsein 48 Stunden später. Sie wollte niemals früher an Verdauungsbeschwerden, Gelbsucht oder Erbrechen gelitten haben.

Die Section ergab eine leichte Peritonitis, ziemlich starke Gefässinjection der Därme mit kleinen Hämorrhagien, der Kopf des Pancreas war stark geröthet und entzündlich geschwollen. Genaue Angaben fehlen.

Ganz ähnlich wie der eben mitgetheilte verlief der von Cayley (3) beobachtete Fall. Auch hier fehlt eine genauere pathologisch-anatomische und namentlich bacteriologische Untersuchung.

Aus dem Bericht von Hale White (4), in welchem zwei Fälle von Pancreascarcinom mitgetheilt werden, die bei Lebzeiten keine specifischen, characteristischen, auf das Pancreas hindeutenden Symptome hatten, ist folgende Statistik hervorzuheben: Unter 6000 Sectionen war 99 mal das Pancreas betroffen und zwar Cirrhose und fibröse Entartung 20; primäre maligne Neubildung 19; Atrophie 16; Metastasen 11; Verfettung 8; maligne Neubildungen benachbarter Organe mit Uebergreifen auf das Pancreas 7; Cysten 4; Steine 3; Uebergreifen eines Magengeschwürs 3; Tuberkel 2; Duodenalgeschwür, Abscess, Oedem und Ruptur des Pancreas in je einem Falle. Als das wichtigste Zeichen betrachtet W. in der Frühperiode Abmagerung, Härte der Bauchmusculatur, einen heftigen tiefsitzenden Schmerz resp. Empfindlichkeit und Erbrechen. Fast immer wird von den Neubildungen der Kopf des Pancreas betroffen und die Gallengänge resp. die Gallenblase in Mitleidenschaft gezogen, so dass ein Lebertumor, Icterus und seine Folgen eintreten.

VII. Milz.

1) v. Ziemssen, Klinische Betrachtungen über die Milz. Münch. med. Wochenschr. No. 47. — 2) Picou, R., De la situation norm. de la rate par rapport à la paroi thoracique chez l'adulte. Avec 6 fig. Paris. — 3) West, J., Case of splenic anaemia. Med. chirg. Transact. Vol. 79. (Ein Fall dieser Art ohne Besonderheiten. Kein ätiologisches Moment aufzufinden.) — 4) Piazza-Martini, Rumori di soffio arterioso sull' aia splenica. 7. Congr. di Med. Int. Dalla Clinica Moderna. C. La Tribuna Med. No. 11.

Ziemssen (1) betont in seinen klinischen Betrachtungen über die Milz, dass sich die relative Percussionsdämpfung der Milz entgegen anderen Ansichten sehr wohl bestimmen lasse. Dies könne meist noch besser im Stehen wie im Liegen geschehen. Was den Vergleich der i. vitam gewonnenen Resultate mit den Maassen des Organs p. m. betreffe, so dürfe nicht vergessen werden, dass die Milz im Körper in ihrer Längsachse gekrümmt und ausserdem mit Blut angefüllt sei.

Dadurch werden die eventuellen Unterschiede in den Maassen und Gewichten, wie sie bei Lebzeiten und auf dem Leichentisch sich ergeben, verständlich. Das Durchschnittsgewicht der gesunden Milz beträgt ca. 161 g für Männer und 148 g für Weiber. Das Verhältniss zwischen Milzgewicht und Körpergewicht stellt sich wie 1 : 396 resp. 1 : 330.

Unter 31 Fällen von acuten Milztumoren, deren Grösse post mortem eine Länge zwischen 16—24 cm darbot, zeigen 22 Grössenbestimmungen post mortem Fehler von 1,0—3 cm, und nur 9 Fälle eine Grösse des Fehlers über 4 cm.

Von chronischen Milztumoren, deren Grösse post mortem zwischen 16—44 cm schwankte, fanden sich bei 21 Fällen Fehler von 0,5—3 cm; bei 12 Fällen betrug der Fehler über 4 cm.

VIII. Bauchfell.

1) Abbe, Robert, Tubercular Peritonitis. The Medical News. New-York. 1. Aug. No. 5. Vol. LXIX. — 2) Moehle, Heinrich, Beiträge zum Ascites chylosus et chyliformis. Inaug.-Dissertat. Greifswald. — 3) Robinson, Byron, The effect of peritonitic adhesions on the digestive tract. Medic. Rec. Novemb. 28.

Abbe (1) giebt eine Uebersicht über die letzthin in der Literatur veröffentlichten Fälle von tuberculöser Peritonitis, welche nach Eröffnung der Bauchhöhle ohne anderweitige Medication geheilt sind und kommt zu der Angabe, dass von über 100 Fällen, welche in den verschiedenen Stadien der Erkrankung operirt worden wären, Heilungen „zwischen 25—80 pCt." beobachtet werden, eine Angabe, die Ref. weder nach seiner Kenntniss der Literatur glaublich noch durch die Darstellung von A. selbst begründet erscheint. Verf. hält es heute mehr wie jemals für nothwendig, bei jeder tuberculösen Peritonitis durch eine breite Incision alle etwa vorhandene Flüssigkeit zu beseitigen. Dagegen wird die Behandlung durch Punction verworfen. Das Peritoneum besitzt die Eigenschaft eine weit verbreitete tuberculöse Infection desselben zu überwinden, indem durch einen rein entzündlichen Process die Bacillen abgekapselt werden und eine „retrograde Metamorphose" eintritt. In Ausnahmefällen ist eine zweite Laparotomie nothwendig und auch diese ist oft von Erfolg begleitet gewesen.

In den von Moehle (2) mitgetheilten Fällen handelt es sich jedesmal um Carcinom der Unterleibsorgane. Das eine Mal wurde ein chylöser Ascites bereits durch Punction i. vit. festgestellt, das andere Mal ergab erst die Section das Vorhandensein eines fetthaltigen Ergusses durch Zerfall zahlreicher fettig degenerirter Zellelemente, also einen Ascites adiposus. Die genauere Untersuchung ergab im ersteren Fall: milchweisse undurchsichtige Flüssigkeit, geruchlos, stark schäumend, alkal., spec. Gew. 1017. Lässt bei längerem Stehen 3 Schichten erkennen, eine obere schneeweisse, rahmartige, eine mittlere gelblich trübe und eine „kleine blasig gefärbte" (sic! Ref.) Bodenschicht. Microscopisch zahlreiche Fetttropfen und Zellen verschiedener Art, besonders zahlreich in der Bodenschicht rothe und weisse Blutkörperchen, lymphoide Zellen voller Fetttröpfchen und verfettete Epithelzellen. Gehalt an Eiweiss 2,4 pCt., reichlicher Fettgehalt, kein Zucker, kein Eiweiss.

Im zweiten Fall (wo der trübe milchige Inhalt der Bauchhöhle nach der Obduction untersucht wurde) ein Niederschlag zahlreicher runder und polygonaler verfetteter Zellen, massenhaft Fettsäurenadeln und Conglomerate von Fetttropfen. Viele Stäbchenbacterien. Fettgehalt = 0,312 pCt. Kein Gallenfarbstoff, kein Zucker, kein Harnstoff. 0,79 pCt. anorganischer Stoffe (Chloride und Phosphate).

Verf. hält die Beimengung von Chylus im ersten Fall für erwiesen, wegen des hohen Fettgehaltes, der fein zerstäubten Beschaffenheit des Fettes, dem relativen Mangel an zelligen Elementen und dem prallen Füllungszustand der vom Duct. thoracicus verlaufenden Chylusgefässe, die zum Theil korkzieherartig gewunden und mit dickem fettartigen Inhalt erfüllt sind, obwohl macroscopisch nirgends eine Zerreissung der Gefässe festzustellen war.

Robinson (3) stellt als Ergebniss seiner Besprechung der adhäsiven Peritonitis folgende Sätze auf, welche sich auf die Analyse von 400 Sectionen gründen:

1. Peritonitische Adhäsionen können vor und nach einer Laparotomie Schmerz, Neurosen oder Verdauungsstörungen verursachen.

2. Peritonitische Adhäsionen geben niemals oder selten zu Schmerzen Veranlassung, wenn sie fixirte Organe mit kurzen Mesenterien und beschränkter Bewegungsfähigkeit, wie Coecum und Leber, betreffen.

3. Der Schmerz, der entweder vor oder nach der Operation auftritt, wird durch die Fixirung beweglicher Organe und die Behinderung der activen Peristaltik hervorgerufen.

4. Die peritonitischen Adhäsionen verursachen Dislocationen der Eingeweide und verändern ihr Lumen.

5. Am meisten werden die Dünndärme, die Flexura sigmoidea, die Tuben und die Blase betroffen.

6. Am gefährlichsten sind die Adhäsionen da, wo peritonitische Stränge so befestigt sind, dass das fixirte Organ noch ausgiebige Bewegungen machen kann, so z. B. in der Flexura sigmoidea oder an der Kuppe der Blase.

7. Die Patienten klagen vor oder besonders nach der Laparotomie über periodische, colikartige und ziehende Schmerzen, welche durch heisse Speisen oder Getränke, aber selten durch mässige Bewegung vermehrt werden.

8. Sitzt der Schmerz in der Gegend der Gallenblase, so kann es sich entweder um die Verwachsung von dem Fundus oder der Kuppe mit einem Strang handeln, welcher entweder die Blase oder den Gang abknickt, oder zweitens darum, dass die Blase durch die peristaltische Bewegung der Därme und besonders des Colons, mit dem sie verwachsen ist, gezerrt wird.

9. In ungefähr 75 pCt. aller Fälle von Laparotomie stellen sich peritonitische Stränge ein.

Krankheiten der Nieren

bearbeitet von

Prof. Dr. L. RIESS in Berlin.

I. Allgemeines.

1) Senator, H., Die Erkrankungen der Nieren. II. Heft. Specielle Pathologie und Therapie. Herausgegeben von Nothnagel. Bd. XIX. Th. I. Abth. II. (Schluss des Handbuches, vergl. Jahresber. für 1895. Bd. II. S. 207. Behandelt die Nephritiden, den Nierenabscess, die Amyloidniere, Nierenverfettung, Pyelitis und Pyelonephritis, Hydronephrose, die Neubildungen, Concremente und Entozoen der Nieren, die Peri- und Paranephritis, sowie die Anomalien der Nierengefässe.) — 2) Gaucher et P. Gallois, Thérapeutique des Maladies du Rein avec un abrégé de l'étiologie et de la symptomatologie. Paris. Tome I. 263 pp. Tome II. 243 pp. (Uebersichtliche Zusammenstellung von Bekanntem über die hauptsächlichen Nierenerkrankungen, vor Allem die Nephritiden, demnächst die Nierensteine, Tuberculose, Syphilis und Krebs der Niere, Cystenniere, Hämoglobinurie und Ren mobilis. In erster Linie wird die Behandlung, in zweiter das pathologische Bild der Affectionen abgehandelt.) — 3) Baas, J. H., Die Krankheiten der Nieren und der Harnblase. 2. Aufl. Leipzig. — 4) Le pronostic des Albuminuries. Gaz. hebdomad. No. 68. p. 809. (Referat von Arnozan und Correferat von Talamon über die Prognose der Albuminurieen auf dem medicinischen Congress zu Nancy. Die Referenten behandeln dabei theils die allgemeine semiologische Bedeutung der Albuminurie, theils die verschiedenen Formen derselben, z. B.: die toxische Albuminurie, die cyclische und „minimale" Albuminurie (vergl. unten No. 6), die Albuminurie bei Fieber, bei Herzkrankheiten, Diabetes, Tuberculose, Gicht, Gravidität, Syphilis etc. — Die absolute Heilung eines Morb. Brightii hält Talamon zwar für möglich, aber für sehr selten. Eine „functionelle" Heilung will er für die rothe Schrumpfniere auf 3—4 Jahre zugestehen, bei grosser weisser und amyloider Niere die Lebensdauer nicht über 5—6 Monate prognosticiren.) — 5) Variétés et pronostic des Albuminuries. Ibid. No. 69. p. 819. (Discussion über vorstehende Referate, namentlich in Bezug auf die functionellen, intermittirenden und minimalen Formen der Albuminurie, auf ihre chemischen Varietäten, auf die Beeinflussung derselben durch heisse Luftbäder; u. Aehnl.) — 6) Arnozan, X., L'Albuminurie cyclique et l'Albuminurie minima. Ibidem. No. 68. p. 805. — 7) Bard, L., De la valeur des cylindres urinaires pour le pronostic de l'Albuminurie. Lyon médic. No. 41. — 8) Harrison, Reginald, A contribution to the study of some forms of Albuminuria associated with kidney tension and their treatment. Lancet. Jan. 4. (Betonung des Zusammenhanges zwischen Albuminurie bei gewissen Formen von Nephritis oder verwandten Nierenveränderungen und einer Steigerung der „Spannung" im Nierengewebe, und Hinweis auf Besserung resp. Heilung dieser Zustände durch Freilegung und Palpation, eventuell Incision der Niere. — Dasselbe Thema wird etwas ausführlicher in der folgenden Mittheilung behandelt.) — 9) Derselbe, On the treatment of some forms of Albuminuria by renipuncture. New York med. Record. Novemb. 7. — 10) Zeehuisen, H., Beitrag zur Kenntniss der sogenannten „physiologischen" Albuminurie. Centralbl. f. innere Medic. No. 2. (Gleicher Inhalt mit der im Jahresber. f. 1895. Bd. II. S. 209 referirten holländischen Mittheilung.) — 11) Janowski, W., Ein Fall von temporärer Niereninsufficienz (Insufficientia renum transitoria). Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 31. S. 166. (Erkrankung eines 32jährig. Mannes unter dem Bild einer acuten Nephritis [Oedemen, hartem Puls, Kopfschmerz, Uebelkeit, Verringerung der Harnmenge]; aber im Urin kein Eiweiss und keine Cylinder. Unter Milchdiät und Ruhe allmäliger Rückgang der Erscheinungen. — J. glaubt, den Vorgang nur als „temporäre Niereninsufficienz" bezeichnen zu können.) — 12) Pierret, Symptômes urémiques localisés. Progrès médic. 13. Juin. (Vortrag, in welchem ausgeführt wird, dass die localisirten urämischen Symptome, z. B. beschränkter Kopfschmerz, apoplectische Insulte, halbseitige Lähmungen oder Krämpfe etc., nicht immer, wie meist angenommen wird, von localem Hirnödem herzurühren brauchen, sondern von jeder [oft nur schwer nachweisbarer] anatomischen Störung abhängen können, welche entweder die Anhäufung und Stase der toxischen Säfte an einer begrenzten Stelle des Hirns begünstigen oder die Resistenz gewisser Gangliengruppen gegen jene herabsetzen, und dass daneben natürlich allgemeinere Störungen, welche das verbreitete urämische Gift hervorruft, bestehen können.) — 13) Derselbe, L'Urémie à forme nerveuse. Ibidem. 4. Juillet. (Vortrag über die Entwicklung der Anschauungen in Betreff der nervösen und psychischen Erscheinungen der Urämie, namentlich auch der dabei vorkommenden Delirien, mit Betonung der Ansicht, dass viele dieser Erscheinungen vielleicht mit Gefässverengerungen in Zusammenhang gebracht werden können, welche zu Oedemen, die sich als toxische kennzeichnen, führen.) — 14) Gumprecht, Ueber Conservirung von Harnsedimenten. Centralblatt für innere Med. No. 30. — 15) Daiber, A., Microscopie der Harnsedimente. Wiesbaden. — 16) Friedrich, W., Ueber die diuretische Wirkung des Harnstoffs. Berliner klin. Wochenschr. No. 17.

In einem Theil seines die Albuminurie betreffenden Referates (s. No. 4) behandelt Arnozan (6) die cyclische (Pavy) und die „minimale" (Lecorché und

Talamon) Form der Albuminurie. In Bezug auf die cyclische Form stellt er das bisher Bekannte zusammen und kommt zum Schluss, dass dieselbe keine Krankheitseinheit für sich, sondern als Manifestation einer leichten Nephritis aufzufassen ist, welche allmälig in einen Morbus Brightii übergehen kann, allerdings aber gewöhnlich eine gute Prognose giebt. — Zur minimalen Albuminurie, bei welcher continuirliche Eiweissausscheidung von meist 0,25—0,50 p. Mill. stattfindet, zählt er mit den anderen Beobachtern die Pubertäts-Albuminurie, die „residuale" A. (Ueberbleibsel acuter Nephritiden), die „partielle" und „narbige" A. (s. No. 7), die mit Phosphaturie verbundene (Robin) und die der Gicht vorangehende Form (Lecorché und Talamon, Teissier). Hereditäre Anlage und Lebensweise bestimmen nach A. hauptsächlich die Prognose dieser Formen; sind beide Momente günstig, so heilen dieselben; wo nicht, so ist ein Uebergang in Gicht, chronische Nephritis etc. zu erwarten.

Unter theilweiser Wiederholung früherer Auseinandersetzungen (s. Jahresber. f. 1894. Bd. II. S. 236) hält Bard (7) an der Ansicht fest, dass bei einer gewissen Klasse von Fällen nach frischer parenchymatöser Nephritis eine Albuminurie, zuweilen starken Grades, zurückbleibt, welche auf einem „narbigen", d. h. unvollständig regenerirten Zustand der Nierenepithelien beruht. — Im Anschluss hieran betont er die Bedeutung, welche er für die parenchymatöse Nephritis (die er in alter Weise von der interstitiellen Form streng trennt) in Bezug auf Deutung und Prognose der Albuminurie den im Urin auftretenden Cylindern beilegt. Er sieht dabei, entsprechend den in nephritischen Nieren beobachteten histologischen Bildern, die verschiedenen Formen der Cylinder als Zeichen scharf begrenzter pathologisch-anatomischer Vorgänge an. So zeigen ihm z. B. die granulirten Cylinder stets active Entzündungs- und Zerfalls-Zustände der Nierenepithelien, die amorphen „colloiden" Cylinder secundäre Sclerose und Atrophie an, etc. Dem entsprechend schliesst er aus reichlichen dunkel granulirten, breiten Cylindern auf eine in voller Thätigkeit begriffene parenchymatöse Entzündung, aus hellen transparenten, schmalen granulirten Cylindern auf nachlassende, torpide Epithelentzündung; u. Aehnl. Fehlen neben der Albuminurie sowohl granulirte wie colloide Cylinder, so soll dies auf eine rein „narbige" Form der Epithelveränderung hinweisen.

Harrison (9) möchte für gewisse Fälle von Nierenerkrankung mit Albuminurie, bei denen beträchtliche Steigerung der „intrarenalen Spannung" anzunehmen ist, die Aufmerksamkeit auf therapeutische Anwendung einer „Renipunctur" lenken. Er legt besonders 3 Fälle eigener Erfahrung zu Grunde: bei denselben wurde wegen Annahme einer Nieren-Calculose oder Niereneiterung operativ eingegriffen, durch Palpation und Incision resp. Punction der Niere constatirt, dass nur subacute Nephritis vorlag; dabei verschwand aber nach der Operation die bestehende Albuminurie mit den übrigen Beschwerden bald vollständig. Einige verwandte Beobachtungen werden citirt, darunter 2 Fälle von Ren mobilis mit Albuminurie, welche nach Anheftung der Niere schwand; ferner ein Fall von traumatischer Nierencongestion, welche nach Punction des Parenchyms und Incision der Rindensubstanz gut zurückging. Auch wird auf den hohen Grad von Hyperämie der Niere hingewiesen, den die Section in Fällen schwerer acuter Nephritis zeigt. — Dies Alles weist darauf hin, dass bei den in Rede stehenden Zuständen eine Steigerung des intrarenalen Druckes die hauptsächliche Grundlage bildet (wobei an analoge Verhältnisse anderer Organe, nämlich des Auges bei Glaucom und des Testikels bei Orchitis, erinnert wird), und dass operative Herabsetzung dieser Spannung heilend wirken kann. — Zu entsprechenden therapeutischen Versuchen werden zunächst geeignete Fälle von Scharlach-Nephritis vorgeschlagen, und zwar entweder solche mit acuter Anurie und Lebensgefahr oder solche mit hartnäckiger starker Albuminurie. — In Bezug auf die Ausführung der Operation kann an der freigelegten Niere entweder eine 3—4malige Punction nach verschiedenen Richtungen oder ein beschränkter Einschnitt in die Rindensubstanz ausgeführt werden; die Wunde ist so zu behandeln, dass Blut, Urin etc. zunächst genügend freien Austritt durch dieselbe finden.

Zur Conservirung von Harnsedimenten (der nicht nur in demonstrativer, sondern auch in forensischer Hinsicht Wichtigkeit beigelegt wird) hat Gumprecht (14) eine neue Methode erprobt. Nach derselben wird das centrifugirte Sediment, nach Decantirung der überstehenden Flüssigkeit, in concentrirter Sublimat-Lösung (1 : 20) gehärtet, auf der Centrifuge ausgewaschen und in Formol-Lösung (2—10proc.) aufgehoben. Handelt es sich nicht um rothe Blutkörperchen, so kann die Sublimat-Härtung fortgelassen werden, so dass das centrifugirte Sediment nach Decantirung der Harnflüssigkeit direct mit Formol-Lösung übergossen und aufgeschüttelt wird. Nach einem Jahr geben die so behandelten Sedimente, namentlich in Bezug auf die Blutkörperchen, noch vorzügliche Bilder.

In Bezug auf die diuretische Wirkung des Harnstoffes erinnert Friedrich (16) daran, dass er dieselbe schon vor den neuerlich darüber gemachten Angaben (v. Mering, Rüdel, Klemperer) studirt hat. Er hat, wie er bereits 1892 (Ungar. Archiv) mittheilte, sowohl bei Kaninchen die Steigerung der Urinmenge nach Harnstoff-Einführung nachgewiesen, wie auch zur Erklärung der Wirkung das Hauptgewicht auf eine Reizung des Nierenepithels, wie bei der Coffein-Wirkung, gelegt und das Mittel als Diureticum bei gesunden Nieren empfohlen. Aus einer Reihe demgemäss in der I. medicinischen Klinik von Budapest mit dem Mittel behandelter Kranken führt er 3 Fälle von Lebercirrhose an, bei denen der Harnstoff, obwohl er nur vorsichtig (allmälig auf 12—14 g pro die steigend) gegeben wurde, stark harntreibende Wirkung, welche die Darreichung des Mittels einige Tage überdauerte, zeigte.

[Janowski, W. Ein Fall von transitorischer Niereninsufficienz. Gazeta lekarska. No. 24.

Ein 32jähriger Taglöhner zeigte folgenden Sym-

tomencomplex. Oedem der unteren Extremitäten, harter retardirter Puls, zweiter Ton über der Aorta accentuirt, Kopfschmerzen, Ueblichkeiten, sparsame Diurese. Die inneren Organe intact. Im Urin nichts Abnormes. Verf. glaubt es in diesem Falle mit einer idiopathischen functionellen Niereninsufficienz, analog einer Herz- und Leberinsufficienz, zu thun gehabt zu haben. Die Behandlung bestand in Milchdiät, Bädern und Ruhe. Nach 14 Tagen Heilung. **Lustig** (Krakau).]

II. Nierenentzündung.

Nephritis parenchymatosa und interstitialis.

1) Johnsohn, G., The pathology of contracted granular kidney and the associated cardio-arterial changes. London. — 2) Pel, P. K., Die acute und chronische Nierenentzündung. (Sep.-Abdruck). Amsterdam. — 3) Bierwirth, J. C., The clinical aspect of chronic diffuse Nephritis. Americ. Medic. News. April 4. p. 367. (Eintheilung der Nephritis in [acute und chronische] parenchymatöse, interstitielle und diffuse N., und allgemeine Auslassung über die chronische diffuse Form, namentlich in Bezug auf die häufig schwierige Diagnose ihres Anfangsstadium. Besprechung der nöthigen Urin-Untersuchungen. Therapeutische Notizen.) — 4) The clinical aspect of chronic diffuse Nephritis. Ibidem. p. 387. (Discussion über vorstehende Mittheilung in der Kings County Medic. Assoc.: Lloyd rühmt dabei als Eiweiss-Reagens für den Urin die von Roberts angegebene Mischung von Salpetersäure mit Magnesiumsulphat-Lösung.) — 5) v. Jaksch, R., Beitrag zur Kenntniss der Uricacidämie der Nephritiker. Centralbl. f. innere Medic. No. 21. — 6) Zuelzer, G., Ueber die Alloxurkörper-Ausscheidung im Harn bei Nephritis. Berl. klin. Wochenschr. No. 4. — 7) Kolisch, R., Ueber Verhalten der Alloxurkörper im Harn bei Nephritis. Wien. medic. Blätter. No. 8. — 8) Rommel, O., Ueber die Ausscheidung der Alloxurkörper unter physiologischen Bedingungen und bei Nephritis. Inaug.-Diss. Berlin. 30 Ss. — 9) Droese, A., Beiträge über die Ursachen der Nephritis, gesammelt und geordnet aus den Krankengeschichten der Königlichen medicinischen Klinik zu Göttingen. Inaug.-Dissert. Göttingen. 54 Ss. — 10) Arenstein, M., Beiträge zur Aetiologie der acuten Nierenentzündung. Inaug.-Dissert. Berlin. 33 Ss. — 11) Tirard, Nestor, Indigestion and Bright's disease. Lancet. August 8. — 12) Paviot, Pathogénie des lésions rénales dans le saturnisme. Gaz. hebdomad. No. 46. (Auszug aus der Thèse von P., Lyon. 1895.) — 13) Haug, Beitrag zur Casuistik der im Verlauf der Bright'schen Nierenkrankheit auftretenden complicatorischen Ohr- und Nasenblutungen. Deutsch. medic. Wochenschr. No. 45. — 14) v. Amsberg, A., Ueber alcoholische Nephritis. Inaug.-Dissert. Erlangen. 1895. 36 Ss. — 15) Hahn, Fr., Beiträge zu der Lehre von der Leyden'schen Schwangerschaftsniere. Inaug.-Dissert. Halle. 28 Ss. — 16) Rodgers, Mark A., A case of suspected acute fatty degeneration of the kidneys: eclampsia; and remarkable complications. Philadelph. med. and surg. Reporter. March 14. (Krankengeschichte eines Falles von schwerer Schwangerschafts-Nephritis mit stürmischen eclamptischen Anfällen. Nach Einleitung der künstlichen Frühgeburt Aufhören der letzteren; aber nur sehr langsame Herstellung unter Bildung doppelseitiger Venen-Thrombose der Unterextremitäten, multipler Haut-Gangrän etc., mit wiederholtem Eintritt letal scheinender Zustände von Coma und Collaps. Behandlung mit verschiedensten Diureticis, Herzmitteln, Abführmitteln u. s. w., zum Theil subcutan angewendet; der letzte und schwerste Collapsanfall wurde nach R.'s Ansicht durch eine subcutane Einführung von Magnesiumsulphat mit reichlicher Darmentleerung beseitigt. — Auf den anfänglichen Urinbefund hin, welcher massenhafte Cylinder verschiedener Art, darunter viele granulirte, und Fett-Detritus zeigte, wird die zu vermuthende Nierenerkrankung als „acute fettige Degeneration“ bezeichnet.) — 17) Bronowski, Szczesny, Die Wirkung des milchsauren Strontium bei der Bright'schen Krankheit. Wien. medic. Presse. No. 37. — 18) Mc Enroe, W. H., A summary of the treatment of chronic renal diseases. New York medic. Record. June 27. (Zusammenstellung von Bekanntem über Symptomatologie und Therapie der chronischen Nephritis.)

Im Anschluss an seine früheren Angaben über das häufige Vorhandensein von Harnsäure im Blut (0,004—0,006 auf 100 Blut) bei Nierenaffectionen (s. Jahresber. f. 1890. Bd. I. S. 153) giebt v. Jaksch (5) Notizen über 8 neue Fälle von Kranken mit schweren nephritischen Symptomen, bei welchen Harnsäure im Blut nachgewiesen wurde, und zwar sowohl microscopisch, wie durch die Murexid- und die Reductions-Probe. In einem dieser Fälle wurden während des Bestehens urämischer Anfälle sehr grosse Mengen der Säure gefunden. Im Ganzen konnte J. dieselbe bisher unter 18 Nephritikern 16 mal, also in 88,8 pCt. im Blut nachweisen. Auch stellte er aus einer grösseren Menge von Transsudat eines Nephritikers Harnsäure so dar, dass sie durch die Analyse bestätigt werden konnte. — Hierdurch hält er die gegentheiligen Angaben (v. Fodor, s. Jahresber. f. 1895. Bd. II. S. 212) für widerlegt.

Zuelzer (6) wendet sich gegen die Anschauungen von Kolisch (vgl. Jahresber. f. 1895. Bd. II. S. 58), wonach die Harnsäure-Bildung und -Ausscheidung an die Integrität der Niere gebunden sein und dies sich bei Nierenerkrankung darin aussprechen soll, dass die Harnsäure absolut und relativ vermindert und die sog. Alloxurbasen auf ihre Kosten vermehrt wären. — Z. erinnert hiergegen an einige ältere Angaben (Frerichs, Stadthagen, van Ackeren), wonach bei Nephritis normale Harnsäure-Werthe gefunden wurden, und erwähnt 2 frühere Beobachtungen (v. Noorden), in denen bei Nephritikern ebenfalls die Harnsäureausscheidung nicht vermindert war. Sodann theilt er eine Tabelle über 14 Fälle verschiedenartiger Nephritis mit, bei denen er den Harnsäure-Stickstoff und den Alloxurkörper-Stickstoff bestimmte. Auch hier zeigten sich die Harnsäure-Mengen im Ganzen der Norm entsprechend und das Verhältniss der Alloxurbasen zur Harnsäure durchaus nicht (wie Kolisch meint) immer gegen die Norm umgekehrt, sondern nur ab und zu (nicht regelmässig) enger als normal.

Gegenüber der vorigen Mittheilung hält Kolisch (7) an seinen Angaben über die Vermehrung der Alloxurbasen im Urin bei Nephritis fest und führt 7 neue Fälle von Nephritis verschiedener Form an, bei denen dies deutlich hervortrat: der Basenstickstoff schwankte zwischen 0,12 und 0,21; das Verhältniss Harnsäure: Basen zwischen 1,6 und 0,7: 1. — K. constatirt dabei, dass nach den bisherigen Untersuchungen die höchste Normalzahl für den Alloxurbasen-Stickstoff 0,07, und der Minimalwerth für das Verhält-

niss Harnsäure: Basen 2,5 : 1 betrug. Auch fügt er mehrere seine Befunde bei Nephritis bestätigende Angaben anderer Beobachter hinzu.

Auch Rommel (8) berichtet über eine Reihe von Alloxurkörper-Bestimmungen: zunächst bei drei Personen mit normalen Stoffwechselfunctionen; bei allen diesen erreichte der Xanthinbasen-Stickstoff zum Theil 0,07, in einem sogar 0,089; die Mittelwerthe des Verhältnisses Xanthinbasen-Stickstoff: Harnsäure-Stickstoff betrugen 1 : 57; 1 : 6,88; 1 : 4,35; für Xanthinbasen-Stickstoff: Alloxurkörper-Stickstoff 1 : 6,65; 1 : 7,88; 1 : 5,86. — Ferner wurden 2 Fälle von interstitieller Nephritis untersucht, der eine hiervon mit Bleigicht complicirt. Bei diesem war die Alloxurkörper-Ausscheidung ziemlich normal; in dem anderen (ohne Gicht) hoch: bis 0,60 und darüber. Ebenso verhielten sich die Werthe für die Harnsäureausscheidung im ersten Fall normal, im zweiten waren sie extrem hoch. Die Xanthinbasen-Zahlen waren im 1. Fall um nur Geringes, im zweiten etwas stärker vermehrt; niemals übertrafen die Basen die Harnsäure. — Er schliesst: dass bei Nephritis die Ausscheidung der Harnsäure in vielen Fällen der Norm entspricht, unter Umständen sogar über dieselbe erhöht sein kann; dass dabei das Verhältniss Harnsäure: Alloxurbasen nicht immer in dem Sinn verschoben ist, dass die Basen die Säure an Menge übertreffen; dass es Fälle von Nephritis (ohne Gicht) mit erhöhter Gesammtausscheidung der Alloxurkörper giebt; und dass uns bis jetzt (namentlich nach den Befunden bei interstit. Nephritis) nichts berechtigt, die Niere als eine der Hauptbildungsstätten der Harnsäure anzusehen.

In Fortführung einiger anderweitiger Zusammenstellungen hat Droese (9) 207 auf der Göttinger med. Klinik in den Jahren 1890—93 beobachtete Fälle von Nephritis (157 Männer, 50 Weiber) gesammelt und in Bezug auf auffindbare ätiologische Momente in Gruppen geordnet. Geheilt entlassen wurden davon 21, zur Section kamen 53 Fälle. Bei 161 Kranken konnte eine Ursache ziemlich bestimmt nachgewiesen werden; 46 Fälle blieben ätiologisch unklar. — Unter Hinzunahme der früheren Mittheilungen ergiebt sich: dass in den Jahren 1877—93 im Ganzen 464 Nephritis-Fälle (330 M., 134 W.) beobachtet wurden, wovon 43 geheilt entlassen wurden, 127 starben. Am häufigsten ergaben sich als ätiologische Grundlage: Chronische Lungenerkrankung (38 mal), Pneumonie (27 mal), Diphtherie (25 mal), Scharlach (21 mal), Gelenkrheumatismus (18 mal) Erkältung (17 mal), Gravidität (16 mal) u. s. w.; 122 Fälle blieben ätiologisch unklar.

Nach Bemerkungen über die Ungewissheit der Entstehung vieler Formen von Nephritis (namentlich der Erkältungs-Nephritis, Schwangerschafts- und Alcohol-Niere) und die diesbezügliche Wichtigkeit der neuen Beobachtungen und Experimente über Auto-Infection vom Darm aus durch Bacterium coli, z. B. von Brunner, Wreden, Posner und Lewin (s. Jahresbericht für 1894. Bd. II. S. 265), theilt Arenstein (10) einige weitere Versuche letztgenannter Beobachter mit, welche an Kaninchen mit Rectal-Unterbindung, Injectionen von Bacterium coli-Culturen, Nieren-Injectionen mit Alcohol u. s. w. angestellt wurden. Dieselben ergaben für Kaninchen, dass eine mindestens 24 Stunden dauernde Koprostase eine Ueberwanderung des Bacterium coli in das Blut hervorruft; dass Injectionen von Bacterium coli-Reinculturen eine acute Nephritis erzeugen; und dass, wenn die Niere durch Einspritzung von absol. Alcohol od. Aehnl. zum locus minoris resistentiae gemacht wird, bei gleichzeitiger Rectal-Unterbindung eine starke eiterige Nephritis entsteht. Es ist hiernach auch für den Menschen anzunehmen, dass bei langdauernder Koprostase und gleichzeitig geschwächter Niere das Bact. coli eine eiterige Nephritis verursachen kann. Vielleicht kann auch bei der Erklärung der Graviditätsniere und der Alcohol-Nephritis an die Mitwirkung von Koprostase gedacht werden.

Tirard (11) bespricht kurz die Beziehungen der Verdauungsstörungen zum Morbus Brightii. Allgemein bekannt sind die dyspeptischen Beschwerden (darunter in erster Linie das Erbrechen), welche in Folge von Nephritis auftreten, entweder in acuter Form als Einleitung urämischer Anfälle oder mehr dauernd während des chronischen Krankheitsverlaufes. Uebrigens wird auf die Zweifelhaftigkeit der bisherigen Erklärungsversuche dieser Symptome (Oedem der Magenschleimhaut, vicariirende Ausscheidung an Stelle der unzureichenden Nierenthätigkeit u. Aehnl.) hingewiesen. — Dagegen will T. mehr, als gewöhnlich geschieht, die Möglichkeit hervorgehoben sehen, dass Verdauungsstörungen verschiedener Art zur Hervorrufung der Nephritis mitwirken. Er hält diese Sachlage für häufig und glaubt namentlich, dass dieselbe bei der der Entstehung der gichtischen und der alcoholischen Nierenerkrankung nicht selten mitspielt. Ueber einige Fälle, welche dies nahe legen, werden Notizen gegeben. Auch wird die Wichtigkeit des Zusammenhanges für die Behandlung hervorgehoben, bei welcher in solchen Fällen besonders Diätvorschriften und Abführmittel (namentlich die hydragogen) eine Rolle zu spielen haben.

Zur Prüfung der Frage, ob die Blei-Nephritis als eine „Epithelial-Cirrhose“, d. h. als eine von primärer Drüsenepithel-Affection ausgehende Sclerose anzusehen ist (Charcot und Gombault), theilt Paviot (12) klinische und experimentelle Beiträge über Nierenerkrankung durch Bleivergiftung mit. Bei den 4 menschlichen Erkrankungsfällen, die er als Beispiele anführt, fand sich pathologisch-anatomisch eine diffuse interstitielle Nephritis in verschiedener Stärke und Vertheilung, dabei ätiologisch neben der Blei-Einwirkung zum Theil auch Alcoholismus und Syphilis ausgesprochen. Zur experimentellen Hervorrufung von chronischer Bleivergiftung benutzte P. Kaninchen, statt der von Charcot und Gombault angewandten Meerschweinchen, und fand in deren Nieren stets eine gleichmässige Betheiligung aller Gewebe, auch der Gefässe, an der Erkrankung, niemals eine primäre und alleinige Veränderung der Nierenepithelien. Die gegentheiligen Angaben von Charcot und Gombault, welche als primäre Veränderungen rein epitheliale Vorgänge, die mit Er-

weiterung des Lumens der Harncanälchen und Abplattung der Epithelzellen anfangen sollen, beschreiben, erklärt P. mit Anderen (Cornil und Brault etc.) als Folge von Ablagerungen von Kalksalzen, welche bei den Meerschweinchen in vielen Harncanälchen, namentlich in den Henle'schen Schleifen, gefunden wurden. — Für den Menschen glaubt er, dass bei der Entstehung der Bleiniere ausser der Bleivergiftung stets noch andere ätiologische Momente mitwirken.

Mit Rücksicht auf die bisher spärlichen Erfahrungen über die Complication der Nephritis mit Ohren-Affectionen, speciell mit acuter exsudativer Paukenhöhlen-Affection, berichtet Haug (13) über den Fall eines 39jähr. Bierpotators mit subacuter Nephritis. Nachdem längere Zeit häufige profuse Nasenblutungen vorausgegangen waren, trat hier ohne Ursache plötzlich doppelseitige acute hämorrhagische Mittelohrentzündung auf. Gleichzeitig wurde Retinitis albuminurica mit starken Blutungen constatirt. Die Ohrenaffection verlief schnell günstig. Ihre Entstehung wird analog den anderweitigen Blutungen auf die durch die Nephritis gesetzte Disposition zu Hämorrhagien bezogen. Eventuell können solche Localblutungen als Frühsymptom der Nephritis diagnostische Bedeutung erhalten.

v. Amsberg (14) stellt die über die ätiologische Beziehung des Alcohol zur Nephritis vorliegenden Literatur-Angaben zusammen und hält es, wenn auch früher die diesbezüglichen Meinungen sich sehr widersprachen, nach den jetzt beigebrachten Beweisen für zweifellos, dass dem Alcohol unter den ätiologischen Momenten der Nephritiden eine hervorragende Stelle gebührt. Weiter wird der grosse Antheil betont, den der gewohnheitsgemässe Biergenuss am Alcoholismus trägt. Für die Einwirkung des Alcohol auf die Nieren wird, neben der durch ihn hervorgerufenen Circulationsänderung, besonders auch seine specifische Eigenschaft als Protoplasma-Gift angeschuldigt. In Bezug auf die Form der Erkrankung wird, ausser der am häufigsten zu beobachtenden Alcohol-Schrumpfniere, die chronische und auch die (bisher fast nirgends beschriebene) acute diffuse Nephritis hervorgehoben, auch auf das in Folge der anderweitigen Alcoholerkrankungen meist complicirte Symptomenbild hingewiesen. — Zur Veranschaulichung giebt A. Notizen über 16 auf der Erlanger medic. Klinik an gewohnheitsgemässen Biertrinkern beobachtete Fälle von Alcohol-Niere. Von diesen gehören 3 der acuten, andere 3 der chronischen Alcohol-Nephritis und 6 der Alcohol-Schrumpfniere an, während bei 4 Fällen die Form zweifelhaft bleibt.

Zur Beleuchtung der Prognose der „Schwangerschaftsniere" hat Hahn (15) eine Reihe von solchen auf der Hallenser Frauenklinik seit 1887 beobachteten Fällen (2 der leichten, 13 der schweren Form) nach jahrelangen Pausen auf die Beschaffenheit des Urins untersucht. Sämmtliche ergaben gute Ausheilung, so dass die Prognose für die Mutter durchaus günstig ist. Dagegen ist die Prognose für das Kind nur in leichten Fällen gut, in schweren schlecht; unter 19 Geburten finden sich 8 lebensfrische Kinder und 11 Fehlgeburten; letztere sind anscheinend die Folge der bei Nephritis grösseren Häufigkeit von Nieren-Infarcten. — Unter Umständen wurde ein Recidiviren der Krankheit, bei vollständigem Wohlbefinden in der Zwischenzeit, constatirt. — Eclampsie wurde unter 38 nierenkranken Schwangeren nur bei 31 beobachtet.

In der Absicht, für die Behandlung des Morb. Brigthii ein harntreibendes Mittel zu finden, welches durch günstige Beeinflussung der Circulation ohne Reizung des Nierenparenchyms wirkt, studirte Bronowski (17) das besonders von französischen Beobachtern zu diesem Zweck empfohlene milchsaure Strontium (vgl. Jahresber. f. 1891. Bd. I. S. 397.) Zunächst constatirte er an Kaninchen die Unschädlichkeit des Mittels; auch nach lange fortgesetzter täglicher Einführung desselben zeigte die microscopische Untersuchung intacte Nieren. — Bei 10 Fällen von Nephritis verschiedener Form wurde dasselbe (zu 6 mal täglich 1,0, in Wasser und Glycerin gelöst) gegeben und zeigte vom 2. bis 3. Tag an kräftigen Einfluss auf die Vermehrung der Urinmenge, am stärksten bei frischer parenchymatöser Nephritis; bei Aussetzen des Mittels liess die Wirkung nach 3 Tagen nach. Gleichzeitig nahm unter dem Gebrauch des Strontium der Eiweissgehalt des Harns ab und verschwand bei frischen Fällen ganz. Eine wesentliche Aenderung des Blutdruckes konnte dabei nicht constatirt werden. Die Sulfoäther im Urin (Maass für die Fermentationsvorgänge im Darm) änderten sich nicht. Auch zeigte gegenüber Culturen von Darmbacterien die Lösung des Strontium-Salzes in einer der therapeutischen Anwendung entsprechenden Concentrirung keine antiseptische Wirkung. — Endlich wurde auch bei Hunden die schnelle diuretische Wirkung einer intravenösen Einspritzung von nicht allzu grossen Dosen des Salzes, unter Eröffnung der Ureteren, experimentell bestätigt: auch hier blieb der Blutdruck zunächst normal, um dann abzunehmen. — Nach Allem denkt B. an eine unmittelbare Einwirkung des Stront. lactic. auf die Nieren.

[Lande, A., Beitrag zur Casuistik der Nierenentzündung, zugleich einige Bemerkungen über die sog. „vorübergehende Niereninsufficienz." Gazeta lekarska. No. 47.

Lande berichtet über einen durch die Section bestätigten Fall von Nephritis chronica, welche unter typhoiden Symptomen mit hochgradigen Oedemen aber ohne Albuminurie verlaufen war.

Spira (Krakau).]

III. Pyelitis. Pyelonephritis.

1) Graf, E., Bacterienbefund bei primärer Pyelonephritis. Deutsche med. Wochenschr. No. 38. — 2) Kelly, A. O. J., Calculous Pyelitis. Philadelph. med. and surg. Reporter. May 23. (Einfacher Fall: 56jähr. Frau; ein Jahr lang mässige Beschwerden, urämischer Tod. Beiderseitige Pyonephrose; rechts fast völliger Schwund, links starke Atrophie des Nierengewebes. Im rechten Nierenbecken grösserer Stein von 7,7, links 2 Steine von 5,6 und 3,1 g.)

Graf (1) theilt 2 Fälle von primärer Pyelonephritis bacteriellen Ursprunges mit, wobei

mit der Bezeichnung „primär" nur ausgedrückt werden soll, dass der Weg des Eintrittes der Microorganismen unbekannt ist. In beiden Fällen trat plötzlich unter Fieber, Lumbalschmerz etc. Trübung des Urins und Albuminurie auf. Bei dem einen Fall war die linke Niere als kindskopfgrosser Tumor, bei dem anderen in derselben Gegend eine verschwommene schmerzhafte Resistenz zu fühlen. Beide Male besserten sich die Erscheinungen langsam; doch blieb die Trübung des Urins vorläufig bestehen. Diese Trübung beruhte in beiden Fällen (abgesehen von einer mässigen Zahl von Cylindern und Epithelien) auf dem Bacteriengehalt des Urins. Im 1. Fall ergab die bacteriologische Untersuchung sämmtliche Microorganismen als Bacterium coli commune, nebenbei dasselbe in so massenhafter Ansammlung, dass von wirklicher Bacteriurie zu sprechen war. Bei dem 2. Fall lieferten die Culturen ebenfalls einen bestimmten Bacillus, der nicht alle Eigenschaften des Bact. coli zeigte, demselben aber nahe verwandt schien, und der sich gegen Kaninchen, Meerschweinchen und Mäuse in hohem Grad pathogen erwies.

IV. Nierenblutung. Hämoglobinurie.

1) Vaquez et Marcano, Des modifications des éléments figurés du sang dans un cas d'Hémoglobinurie. Arch. de méd. expériment. T. VIII. p. 49. — 2) Ewald, Ein Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie. Protok. der Berl. Gesellsch. der Charité-Aerzte. Berl. klin. Wochenschr. No. 32. (Notizen über einen Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie bei einem 40jähr. Eisenbahn-Beamten, der die Anfälle bekommt, so oft er sich der kalten Luft aussetzt. Der Urin enthielt spectroscopisch Methämoglobin; bei jedem Anfall trat Milzschwellung ein, welche wieder zurückging. Zur Prüfung der Theorie einer „vasoconstrictorischen" Ursache der Krankheit wurden Einathmungen von Amylnitrit versucht, welches jedoch auch in grossen Dosen [20 Tropfen und mehr] keinen Einfluss auf die Hämoglobinurie zeigte. Auch in einem 2. Fall blieb derselbe aus.) — 3) Berditschewsky, M. H., Ueber zwei Fälle von paroxysmaler Hämoglobinurie nebst einigen hämatologischen Untersuchungen. Inaug.-Diss. Berlin. 34 Ss. — 4) Strauss, Demonstration eines Falles von paroxysmaler Hämoglobinurie. Berlin. klin. Wochenschr. No. 15. S. 332. (Notizen über den ersterwähnten der in vorstehendem Artikel mitgetheilten Fälle.) — 5) Isaac, G. Washington, A case of recurrent icteric Haemoglobinuria. Brit. med. Jour. Nov. 14. (Notizen über einen Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie bei einer 29jähr. Frau, dessen Anfälle anfangs in einmonatlichen, später in dreimonatlichen Pausen auftraten und dadurch ausgezeichnet waren, dass sie von schnell vorübergehender icterischer Hautfärbung begleitet wurden, und dass fast immer nur der Morgenurin blutig war.)

Vaquez und Marcano (1) halten die paroxysmale Hämoglobinurie für keine „essentielle" Krankheit, sondern für das Symptom eines Allgemeinleidens. Sie glauben, dies durch einen von ihnen beobachteten Fall, namentlich mit Rücksicht auf den erhobenen Blutbefund, belegen zu können. Der Fall betrifft einen 28jährigen Mann, bei dem die Krankheit in Süd-Amerika anscheinend im Anschluss an Malaria-Kachexie eintrat und auch später in Europa in langen Pausen wiederkehrte. Uebrigens war der Eintritt der Anfälle nicht an den Einfluss der Kälte gebunden; zwischen den Anfällen bestand dauernde Albuminurie (von reinem Serum-Albumin). Einige Blutuntersuchungen konnten so angestellt werden, dass sie theils einen Tag vor dem Anfall, theils in demselben, theils längere Zeit nach ihm lagen. Es ergab sich dabei, dass im Anfall die Abnahme des Blutes an Hämoglobin (um $^1/_3$) viel höher als die Abnahme der Blutkörperchenzahl (ca. $^1/_8$) war. Ferner fand sich im Anfall die Widerstandsfähigkeit der rothen Blutkörperchen (nach der Methode von Malassez bestimmt) bedeutend vermindert: in 24 Stunden Untergang von $^1/_3$ der Gesammtzahl gegen $^1/_4$ in der freien Zeit. An Grösse und Form der rothen Blutkörperchen und an den Leukocyten wurden keine wesentlichen Veränderungen gefunden. — Die Verff. schliessen, dass die Hämoglobinurie meistens von einer Zerstörung von rothen Blutkörperchen, die im Anfall 4—600000 erreicht, begleitet ist.

Berditschewsky (3) berichtet über 2 in der Berliner III. Medic. Klinik beobachtete Fälle von paroxysmaler Hämoglobinurie, die einen 20jährigen und einen 58jährigen Mann betrafen. Bei dem 1. Fall war kein ätiologisches Moment zu constatiren; in den sehr typischen Anfällen trat die Hämoglobinurie meist $^1/_2$ Stunde nach dem Frost ein und dauerte $2^1/_2$ bis 3 Stunden; die Temperatur stieg dabei einmal bis 38,8°; stärkere Albuminurie überdauerte den Anfall meist um 2—3 Stunden, schwache öfters um 1 oder mehrere Tage. Im 2. Fall hatte früher Malaria bestanden; der 1. Anfall trat ohne Einfluss von Abkühlung im heissen Sommer, der 2. nach Schreck ein; jeder Anfall wurde von Würgen und dem Gefühl des Zusammenschnürens im Hals eingeleitet; im Urin fanden sich auch hyaline Cylinder. In beiden Fällen verhielt sich der Harn in den Pausen normal. — Bei dem 1. Fall wurden verschiedene Mittel, den Anfall künstlich hervorzurufen, ohne Erfolg versucht: so Faradisirung der Beine, Binden-Compression derselben, kalte Abreibungen, kalte Fussbäder oder Gehen in der Kälte. Bei demselben Fall wurden einige Blutuntersuchungen ausgeführt: das Blut zeigte im Anfall spectroscopisch Methämoglobin; im Serum des aus einer Vene entleerten Blutes war freier Blutfarbstoff nachzuweisen. Die Alkalescenz des Blutes fand sich ungefähr normal. Die rothen Blutkörperchen nahmen als Zeichen einer Entartung oft Anilinfärbung (Methylviolett) an; doch zeigte die Resistenzfähigkeit derselben, nach Hamburger's Methode bestimmt, keine Verminderung. In der anfallsfreien Zeit war die Zahl der rothen Blutkörperchen durchschnittlich 4366000, die der Leukocyten nicht gesteigert, jedoch die mononucleären Leukocyten relativ vermehrt (51 pCt.); im Anfall fand Verminderung der Zahl der rothen und weissen Blutkörperchen statt.

V. Nierengeschwülste. Nierensteine. Ren mobilis.

1) Höhne, E., Ein Beitrag zur polycystischen Nierenentartung. Deutsche medicinische Wochenschr.

No. 47. — 2) Klemperer, G., Zur Therapie der harnsauren Nierenconcretionen. Berlin. Klin. Wochenschrift. No. 33. — 3) Fellner, L., Ueber Wanderniere und deren Behandlung mittelst Thure Brandtscher Massage. Wien. medic. Wochenschr. No. 10—13. — 4) Walch, G., Etude clinique du Rein mobile. Paris.

Einen Fall, in welchem bei Lebzeiten die Diagnose auf doppelseitige Cystenniere gestellt werden konnte, theilt Höhne (1) mit. Derselbe betrifft eine 49jähr. Frau; die Diagnose gründete sich auf körperliche und geistige Schwäche und Apathie, ständigen Leibschmerz, leichte Albuminurie und zwei in den Weichen fühlbare harte höckerige Tumoren, von denen der linke bedeutend grösser war. Demgemäss angestellte Punctionen entleerten theils braune, chocoladenähnliche, theils hellgelbe Flüssigkeit. — Ein später bei einer Zahnoperation eintretender Chloroformtod gab Gelegenheit, die Diagnose einer vorgeschrittenen doppelseitigen Cystenniere zu bestätigen; von der Rindensubstanz der Nieren war nichts, von der Marksubstanz nur Reste erhalten. Auch die Leber fand sich mit Cysten durchsetzt, einzelne Cysten auch an den Ovarien. — Interessant war, dass auch bei der 20jähr. Tochter der Patientin, nachdem ihr schon früher beide Ovarien wegen cystischer Degeneration entfernt waren, wegen dauernder Leibschmerzen eine rechtsseitige Cystenniere exstirpirt wurde, worauf Heilung erfolgte. — In der braunen Flüssigkeit, welche bei der ersten Kranken viele Cysten füllte, wurden in Masse die rosettenförmigen (concentrisch und radiär gestreiften) Gebilde gefunden, welche Beckmann schon 1856 als characteristisch für Cystenniere beschrieb.

In Bezug auf die Therapie der harnsauren Nierenconcretionen geht Klemperer (2) davon aus, dass dieselben nicht zu lösen sind, sondern nur ihre Neubildung zu verhüten ist. Die erste Aufgabe einer solchen Prophylaxe ist, für reichliche Diurese zu sorgen, wozu auch die Vermeidung starker Wasserverluste durch Darm oder Haut gehört. In zweiter Linie steht, zur Verminderung der Harnsäurebildung, Vorsicht mit nucleinreicher Nahrung (Thymus, Fleisch, Leber, Hirn, Nieren) und Bevorzugung der Ernährung mit nucleinarmem Eiweiss (Milch, Käse, Eiereiweiss) u. Aehnl. — Um die Abhängigkeit der Löslichkeit der Harnsäure im Urin von dessen Acidität zu prüfen, wurde eine Reihe von Versuchen gemacht: Es ergab sich, dass, wenn die „relative Acidität" (das Verhältniss von Gesammt-Phosphorsäure zum 2fach sauren Phosphat) über die Norm (65) stieg, Harnsäure ausfiel, und zwar um so mehr, je stärker der Harnsäuregehalt des Urins war. Doch zeigte eine Reihe von Bestimmungen, dass die relative Acidität im Urin, auch bei derselben Person resp. bei gleich genährten Personen, sehr wechselt. Nur ist im Ganzen ein Abfall nach dem Essen die Regel, wobei die Art der Nahrung verhältnissmässig unwesentlich ist. — Eine Citroneneur (8 Citronen od. Aehnl. pro die) veränderte die Acidität nur unbedeutend. Dagegen wirkten die neuerdings empfohlenen organischen Basen Piperazin, Lysidin und Urotropin auf dieselbe merklich vermindernd ein; doch erreicht man dasselbe einfacher durch grosse Dosen von Natr. bicarbon., rein oder in Form der verschiedenen Mineralwässer, oder durch pflanzensaure Alkalien (Lith. citric.) etc. — Unabhängig von den Aciditätsverhältnissen wirkt nur ein Mittel harnsäure-lösend, nämlich der Harnstoff; wie stark derselbe die Lösungsfähigkeit des Urins für Harnsäure steigert, zeigen einige Harnanalysen von Personen, die 20 gr Harnstoff pr. die gebrauchten.

Fellner (3) rühmt die Erfolge der Thure Brandtschen Bauchmassage zur Heilung des Ren mobilis. Unter 98 Beispielen dieser Erkrankung wendete er die Behandlung bei 40 schwereren Fällen an und sah, mit Ausnahme von 2 Kranken, alle Male Verschwinden der Beschwerden und Zurücklagerung der Niere auf ihren normalen Platz. In 11 Fällen, von denen 5 genauer mitgetheilt werden, konnte der gute Erfolg 1—2 Jahre oder länger verfolgt werden. — Unter den 98 Fällen (sämmtlich weiblich) war die Erkrankung 67 mal rechts, 15 mal links, 19 mal doppelseitig; 67 Kranke hatten geboren, davon waren 48 Multiparae; bei 53 war ein Genitalleiden vorhanden; ein acutes Trauma lag nur 5 mal vor. 38 mal traten Magenbeschwerden, 59 mal Störungen der Darmthätigkeit auf. Mehrfach bestand häufiger Harndrang, 2 mal intermittirende Albuminurie, 2 mal anscheinend intermittirende Hydronephrose. — Der gute Erfolg wurde bei leichteren Fällen nach 7 bis 10, bei schwereren nach 20—30 Massagen erreicht.

Als Anhang: Albumosurie. Alcaptonurie. Oxalurie. Chylurie.

1) Leick, Br., Beitrag zur Lehre von der Albumosurie. Deutsch. medic. Wochenschr. No. 2. — 2) Gillespie, A. Lockhart, Albumosuria in chronic kidney disease. Lancet. July 11. — 3) Stange, P., Ueber einen Fall von Alcaptonurie. Virch. Archiv. Bd. 146. S. 86. — 4) Dunlop, J. Cranfurd, The excretion of oxalic acid in urine and its bearing on the pathological conditions known as Oxaluria. Journ. of Path. and Bacteriol. January. — 5) Dominicis, N. de, Die Oxalurie. Wien. medic. Wochenschr. No. 18—20. — 6) Weyde, A. J. van der, Een geval van Chylurie. Weekblad v. h. Tijdschr. v. Geneesk. 11. IV. (19jähr. Mann, Holländer; seit dem 4. Jahr milchiger Urin, zum Theil coagulirend, bisweilen schon in der Blase. Einige genauere Analysen ergaben den Fettgehalt des Urins dem Eiweissgehalt desselben parallel gehend und mit stärkerem Fettgehalt der Nahrung (Leberthran) beträchtlich zunehmend. — Im Anschluss kurze Zusammenstellung der bisherigen Erfahrungen und Anschauungen über parasitäre Chylurie und Ch. nostras, mit Betonung der am Meisten verbreiteten Ansicht, dass die Krankheit auf einer Beimischung von Lymphe zum Urin unterhalb der Niere beruht.)

Leick (1) untersuchte bei 73 Kranken der Greifswalder medic. Klinik den Urin auf Albumosurie (unter Betonung dieser Bezeichnung statt „Peptonurie") nach der von Salkowski vereinfachten Hofmeisterschen Methode (s. Jahresber. f. 1894. Bd. I. S. 156). Die Urine wurden mit Blei-Acetat entfärbt, eiweisshaltiger Urin vorher durch Kochen enteiweisst, was nach L. nicht im Stande ist, in nennenswerther Menge Albumosen zu bilden. — Die Fälle betrafen die verschiedensten Krankheiten; die Ergebnisse waren sehr

wechselnd. zum Theil sonstigen Angaben widersprechend. Nur bei Pneumonie scheint der Befund von Albumosen fast constant zu sein: hier unter acht Fällen 6 mal. Weiter sei erwähnt, dass bei 8 Fällen von Typhus 3 mal Albumosen gefunden wurden, bei 5 Fällen von Magen-Carcinom keinmal. Diagnostische Bedeutung schreibt L. dem Nachweis der Albumosurie nicht zu.

Ueber einige Fälle von „Albumosurie" giebt Gillespie (2) Notizen. Er betont, dass bisher die Peptonurie resp. Albumosurie besonders unter zwei Umständen beobachtet wurde, nämlich entweder als Zeichen einer im Körper vorhandenen Eiterung oder bei einer fieberhaften Infectionskrankheit. Dagegen beobachtete er dieselbe 3 mal in Fällen, welche das Bild einer chronischen Nephritis boten. Bei 2 dieser Fälle bestand daneben Albuminurie, bei dem 3. (der auch Retinit. albuminur. zeigte) fehlte das Eiweiss im Urin. Die nachgewiesenen Albumosen characterisirten sich übereinstimmend hauptsächlich als Deutero-Albumose (daneben öfters Hetero-Albumose, auch etwas Dysalbumose), in geringerem Grad als Proto-Albumose. In einem Fall von cyclischer Albuminurie fand sich zeitweise statt des Eiweiss Pepton und ein wenig Deutero-Albumose im Urin. — G. möchte das Auftreten der Albumosen im Harn in solchen Fällen von einer abnorm starken Bildung von Leukocyten mit folgender gesteigerter Zerstörung dieser Zellen im Blut ableiten.

Einen neuen Fall von Alcaptonurie theilt Stange (3) aus der Göttinger medic. Klinik mit. Derselbe betraf einen 18jähr. scrophulösen Mann; die Abnormität des Urins wurde bei Gelegenheit eines Herpes des Penis bemerkt, bestand aber offenbar seit der Kindheit. Die Charactere der Veränderung waren in der Hauptsache dieselben wie bei früher mitgetheilten Fällen: der Urin wurde bei Stehen dunkel, reducirte Fehling'sche Lösung bei Erhitzen unter schwarzbrauner Färbung, zeigte aber keine Gährung oder optische Drehung; er enthielt wenig Harnsäure und Spuren von Eiweiss. Abweichend von den früheren Fällen war er stark sauer und blieb dies bei Stehen lange. — Aus dem Aetherextrat des angesäuerten Urins konnte St. die zuerst von Wolkow und Baumann (s. Jahresber. f. 1891. Bd. I. S. 312) bei Alcaptonurie gefundene „Homogentisinsäure" rein darstellen. Ihre quantitative Bestimmung nach Baumann (s. Jahresber. f. 1892. Bd. I. S. 170) ergab die Tagesmenge von 4,0 bis 7,7 schwankend, durchschnittlich 5,9 g, d. i. bedeutend höher als in anderen Fällen. Ol. Ricini und andere Abführmittel änderten die Ausscheidung nicht. — Mit der grösseren Menge der vorhandenen Homogentisinsäure hängt wohl auch zusammen, dass, während die Alcaptonurie sonst symptomlos zu verlaufen pflegt, hier stärkere, von der Blasengegend und Harnröhre ausgehende Schmerzen sowohl beim Urinlassen wie zu anderen Zeiten bestanden.

Aus einer grösseren Reihe von Beobachtungen und Versuchen über die Ausscheidung der Oxalsäure im Urin zieht Dunlop (4) folgende Schlüsse: Oxalsäure ist ein constanter Bestandtheil des Urins bei Genuss gewöhnlicher gemischter Diät. Das Ausfallen der Säure (durch die stete Anwesenheit von Kalksalzen begünstigt) wird meist durch das saure Natriumphosphat oder ähnlich wirkende Substanzen verhindert, findet übrigens bei hohem Oxalsäuregehalt des Urins leicht statt und ist in ungefähr einem Drittel aller Urine zu constatiren. Die characteristische Crystallform des Kalkoxalates ist dabei nur das Octaeder. — Für die quantitative Oxalsäure-Bestimmung findet D. die früher angegebenen Methoden (Lehmann, Schultzen, Neubauer, Reoch) nicht zuverlässig und wendet eine modificirte (hauptsächlich auf der Fällung mit Alcohol beruhende) Methode an. Die normale tägliche Menge der Oxalsäure-Ausscheidung ist danach durchschnittlich 0,017 g (von 0,010 bis 0,025 schwankend). Die Oxalsäure wird dabei nicht vom Organismus gebildet, weder auf dem Weg des Stickstoffwechsels, noch durch unvollkommene Oxydirung der Kohlehydrate. Dieselbe wird vielmehr vom Verdauungscanal aus den Nahrungsstoffen resorbirt und unverändert wieder ausgeschieden. Diese Resorption wird, abgesehen von der in den Nahrungsmitteln vorhandenen Menge der Oxalsäure, gesteigert durch Zunahme der Säure (Salzsäure, Milchsäure) im Magen. — Ueber die pathologische „Oxalurie" hat D. dem entsprechend die Anschauung, dass dieselbe keinen specifischen pathologischen Zustand darstellt, sondern hauptsächlich auf „hyperacider Dyspepsie" beruht, mit deren Symptomen die übrigen im Wesentlichen zusammenfallen.

Die hauptsächlichen Literatur-Angaben über Oxalurie stellt de Dominicis (5) zusammen. Nach diesen und seinen eigenen Erfahrungen kann er es nicht verstehen, wie dieselbe als eigene Krankheit hingestellt werden kann. Er betont vielmehr, dass dem „Oxalsäure-Diabetes" sehr oft nur die Bedeutung eines Symptomes zukommt, und stellt ihn in Analogie mit der Glycosurie. Er glaubt, dass jede Krankheit, welche eine Ernährungsstörung der Gewebe herbeiführt, das Auftreten von oxalsaurem Kalk im Urin zur Folge haben kann, und sucht den Grund hierfür hauptsächlich in einer unvollkommenen Verdauung, bei welcher intermediäre Stoffe entstehen, deren Resorption theils den Chemismus der Gewebe schädigt, theils das Nervensystem alterirt. Als häufigste Gelegenheitsursachen der Oxalurie werden angeführt: angeborene Disposition, sitzende Lebensweise, Aufenthalt in feuchten Gegenden, Geisteskrankheiten, Nervenleiden, vielleicht auch der habituelle Genuss oxalsäure-reicher Stoffe.

NB. Das Referat über die **„Krankheiten der Athmungsorgane"**, welches Herr A. Kast-Breslau übernommen hatte, ist uns noch nicht zugegangen; dasselbe wird — um das Erscheinen des Jahresberichts nicht über Gebühr zu verzögern — erst der Schlusslieferung beigegeben werden.

D. Red.

ZWEITE ABTHEILUNG.

Aeussere Medicin.

Allgemeine Chirurgie

bearbeitet von

Prof. Dr. GARRÈ in Rostock.

I. Lehrbücher, Jahresberichte etc.

1) Albert, E., Diagnostik der chirurgischen Krankheiten. 7. Aufl. gr. 8. M. 48 Holzschn. Wien. — 2) Arbeiten der chirurgischen Universitätsklinik Dorpat. Hrsg. von Koch. 1. Heft. S.-A. gr. 8. Leipzig. — 3) Banzet, S., Des suppurations. 8. Paris. — 4) Bayer, C., Die Chirurgie in der Landpraxis. 2. Aufl. 12. Mit 24 Abb. Berlin. — 5) Bergmann, E. v. u. H. Rochs, Anl. Vorl. für den Operations-Cursus an der Leiche. 3. Aufl. M. 63 Abb. 8. Berlin. — 6) Binz, C., Der Aether gegen den Schmerz. S.-A. 12. Stuttgart. — 7) Braun, Heinr., Bericht der chirurgischen Heilanstalt in Leipzig. — 8) Cheyne, W. W., The objects and limits of operations for cancer etc. 8. London. — 9) Chipault, A., Travaux de neurologie chirurg. 1895. 8. Av. 208 fig. Paris. — 10) Doerfler, H., Die Asepsis in der Landpraxis. gr. 8. M. 4 Abb. München. — 11) Duret, H., Leçons de clinique chirurgicale. 1895 bis 96. 8. Paris. — 12) Festschrift, Benno Schmidt zur Feier der Vollendg. s. 70. Lebensjahres gewidmet. Chirurgische Beiträge. gr. 8. M. Abb., 2 Taf. u. Bildniss. Leipzig. — 13) Fischer, Fritz, Bericht über die chir. Klinik in Strassburg i. E. vom 20. Febr. bis 1. Octob. 1894. (Die Krankenbewegung, Operationen und Bemerkungen über die Wundbehandlung daselbst; die Narcose und ihre Zufälle; nebst Mittheilung einiger wichtiger Fälle.) Deutsche Ztschr. f. Chir. Bd. 43. — 14) Krafft, Ch., Le massage des contusions et entorses fraictes. 16. Paris. — 15) Krukenberg, H., Lehrb. d. mechan. Heilmeth. gr. 8. M. 147 Abbild. Stuttgart. — 16) Krüche, A., Chirurgie. 1. Thl. Allgem. Chirurgie. 12. Leipzig. — 17) Landerer, A., Terapia meccanica. Manuale di ortopedia, ginnastica e massaggio etc. gr. 8. M. 193 Fig. Triest. — 18) Le Dentu et Delbet, Traité de chirurgie. Tome III. Mal. des articulations etc. 8. Av. 247 fig. Paris. — 19) Levassort, Ch. E., La stérilisation pratique en chirurgie. 8. Av. 18 fig. Paris. — 20) Lockwood, Ch. B., Aseptic surgery. 8. London. — 21) Derselbe, Further Report on aseptic and septic surgical cases, with special reference to the desinfection of materials and the skin. Brit. med. Journ. July 11. — 22) Derselbe, Traumatic infection. 8. London. — 23) Lossen, H., Lehrbuch der allgemeinen u. speciellen Chirurgie. 1. Bd. Allgemeine Chirurgie. 7. Aufl. 1. Thl. gr. 8. M. 68 Abb. Leipzig. — 24) Lücke u. Zahn, Chirurgie der Geschwulstlehre. 1. Allgemeine Geschwulstlehre. M. 24 Fig. gr. 8. Stuttgart. — 25) Nicaise, E., L'antisepsie dans la pratique de la chirurgie journalière. 16, Av. 88 fig. Paris. — 26) Riedel, Anl. zum Operiren an der Leiche u. am Lebenden. 8. M. 2 Abbildgn. u. 3 Tafeln. Jena. — 27) Roser, K., Das chirurgische Instrumentarium und das Verbandzeug des practischen Arztes. S.-A. gr. 8. Frankfurt. — 28) Roser, W., Chirurgisch-anatomisches Vademecum. 9. Aufl. 8. M. 145 Abbildgn. Leipzig. — 29) Ruyter u. Kirchhoff, Compendium der allgem. u. speciellen Chirurgie. 2. Thl. Specielle Chirurgie. 2. Aufl. 12. M. 88 Abb. Berlin. — 30) Schützenberger, P., Traité de chirurgie générale. Tome III. 2. éd. 8. Paris. — 31) Socin, A., Jahresberichte über die chirurgische Abtheilung und die chirurgische Poliklinik des Spitals zu Basel. 1895. — 32) Tillmanns, H., Lehrb. der allgem. u. spec. Chirurgie. 1. Bd. 5. Aufl. M. 479 Abb. 8. Leipzig. — 33) Trapp, Practische Erfahrungen aus dem medicomechanischen Institut der chirurgischen Klinik zu Greifswald. Prof. Helferich. Milit.-ärztl. Zeitschr. — 34)

Wolzendorf, G., Handbuch der kleinen Chirurgie. 3. Aufl. 2. Bd. gr. 8. M. 328 Holzschnitten. Wien.

Eine reiche und sorgfältig ausgearbeitete Casuistik bietet der Socin'sche Jahresbericht (31) vom Jahr 1895. Die Krankenzahl beträgt 943. Tabellarisch eingeordnet sind 26 Fälle von Struma, 11 Mammacarcinome, 68 Unterleibsbrüche, von denen die Leistenbrüche nach verschiedenen Verfahren (Czerny-Bassini und Kocher) operirt wurden. Die Narcosen (159 mit Chloroform und 179 mit Aether) sind besonders aufgeführt. Als Nahtmaterial benutzte Socin mit Vortheil Aluminiumbronzedraht.

Die poliklinische Krankenstatistik lautet auf 3239 Patienten. Als Antisepticum wurde in ausgedehnter Weise das s. Z. von Haegler empfohlene Airol benutzt, das das Jodoform fast völlig verdrängt hat.

Fischer's Bericht (13) giebt Aufschluss über die von Lücke geübte Wundbehandlungsmethode und enthält ausser der tabellarischen Zusammenstellung über 734 chirurgische Kranke ausführliche Notizen über einen Chloroform- und einen Aethertodesfall, sowie die folgenden bemerkenswerthen casuistischen Mittheilungen: 1. osteoplastischer Verschluss eines Schädeldefects, 2. Trepanation der Wirbelsäule bei spondylitischer Lähmung, 3. Sarcom der Niere bei einem 3jährigen Kind. Exstirpation, 4. Tuberculose des Ileo-Sacralgelenks. Laparotomie.

Der Bericht aus der Privatklinik von Braun (7) umfasst Notiven, z. Th. ausfürliche Krankengeschichten über 453 Kranke. Das Material ist sorgfältig bearbeitet; wir finden in diesem Bericht eine schöne Zahl interessanter Fälle aufgeführt, durch gute Illustrationen erläutert. Solche Arbeiten wie die vorliegende sind sehr schätzenzwerthe Beiträge zur chirurgischen Literatur, sie gewinnen von Jahr zu Jahr an Werth, indem ein grosses in einer Hand vereinigtes Material, gleichmässig bearbeitet, den wichtigsten Maassstab für die Leistungen der Chirurgie abgiebt.

Die Mittheilungen von Trapp (33) beziehen sich auf die bei Gebrauch der Krukenberg'schen Pendelapparate gewonnenen Erfahrungen, die, wie es scheint, sehr befriedigende sind.

II. Allgemeines.

1) Arbuthnot, Lane, Two lectures of the study of anatomy and its application to the practice of medecine and surgery. Brit. med. journ. 14. Nov. — 2) Dittel, Leopold v., jun., Histologische Untersuchung während der Operation. Wiener klin. Wochenschrift. No. 12. — 3) Gaston, Mc Fadden, The surgical Treatment of Tuberculosis. Med. and Surg. Rep. p. 683. 4) Gordon, Alfred, Operations on old people. Philad. Reporter. June 20. — 5) Hall, J. N., A study of cicatrices with reference to right and left-handedness and ambidexterity. Boston med. and surg. journ. p. 619. — 6) Happel, T. J., Immediate Operations. Philad. Reporter. Mai 16. — 7) Hofmeister, F., Ueber Sterilisation von Spritzen durch Auskochen. Centralbl. f. Chir. No. 27. — 8) Hüls, Erfahrungen über aseptisches und antiseptisches Operiren in der Landpraxis. (Erwiderung.) Therapeutische Monatshefte. März. — 9) Landerer und E. Kirsch, Der Celluloid Mullverband, eine neue Verbandart. Centralbl. f. Chir. No. 29. — 10) Lauenstein, Carl, Untersuchungen über die Möglichkeit, die Haut des zu operirenden Kranken zu desinficiren. Arch. f. klin. Chir. 53. Bd. Heft 1. — 11) Leedham-Green, Charles, A bacteriological inquiry into the relative value of various agents used in the desinfection of the hands. Brit. med. journ. 17. Oct. — 12) Derselbe, Versuche über Spiritusdesinfection der Hände. Deutsche med. Wochenschr. No. 23. — 13) Ahlfeld, Bemerkungen zu vorstehender Arbeit. Ibidem. — 14) Lloyd, Sam., Aseptic surgery; its application to private praxis. Philad. Reporter. March 14. — 15) Maclaren, Roderich, Ueber Präventivchirurgie. Wien. med. Presse. No. 41. — 16) Montini, Arturo, Morte per Shock chirurgico. (Nach einer Herniotomie.) Gazz. med. lomb. No. 12. — 17) Nagy, A., Ueber Sterilisirung ärztlicher Utensilien. Wiener med. Wochenschr. No. 37. — 18) Pouchet, G., L'antisepsie et les Antiseptiques. Annal. d'hyg. 3. — 19) Derselbe, Généralisés sur les antiseptiques et la pratique de l'antisepsie. Progrès méd. 3. Sér. T. III. No. 4. — 20) Reclus, Paul, Use of hot water in surgery. Philad. Rep. Febr. 29. — 21) Rotmann, Ueber die chirurgische Behandlung der Hautwassersucht. Deutsche med. Wochenschrift. No. 48 und 49. — 22) Samter, Oscar, Die Prüfung der Hautdesinfection nach der antiseptischen Methode. Arch. f. klin. Chir. 53. Bd. Heft 2. — 23) Sandberg, The use of tuberculin in chirurgical diagnosis. Brit. med. journ. 17. Oct. — 24) Schnitzler, J. und Carl Ewald, Zur Kenntniss des aseptischen Fiebers. Arch. für klin. Chir. 53. Bd. Heft 3. — 25) Senn, N., On some of the limits of the art of surgery. Amer. med. Assoc. May 9. — 26) Seydel, Ueber practische Verwerthung der Leucocytose. Münch. med. Wochenschrift. S. 889. — 27) Stoker, Thornley, On the management of cases during the Period immediately following operations. (V. 1895.) Dublin Journ. Jan. — 28) Tait, Lawson, Cleansing and cleanliness in abdominal surgeous operations. Med. Record. Dec. 19. p. 883. — 28a) Lockwood, Further report on aseptic and septic surgical cases, with special reference to the desinfection of the material and the skin. Brit. med. Journ. July 11.

Photographie mit X-Strahlen (Röntgen).

29) The new photography. a) R. G. Hogarth sen. b) Charles B. B. Savory. Lancet. March 28. — 30) Dasselbe. a) Mc Kenzie Davidson. b) Lancet laboratory. c) Irvinson. Ibidem. March 21. — 31) Versuche zur Feststellung der Verwerthbarkeit Röntgenscher Strahlen für medicinisch-chirurgische Zwecke. Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens. (Königl. preuss. Kriegsminist. — Medicinal-Abtheil.) — 32) Becher, Wolf, Zur Anwendung des Röntgen'schen Verfahrens in der Medicin. Dtsch. med. Wochenschr. No. 13. — 33) Biesalski, Konrad, Eine practische Verwendung der Röntgen'schen Photographie. Ebendas. 20. März. — 34) M'Cansland, R. Bolton, Position of a needle defined by the Röntgen Rays in the palm of the hand; its removal, and complete recovery of the patient. Dublin Journ. May. — 35) Brissaud et Londe, Photographie par les rayons de Röntgen d'une balle de 7 mm dans le cerveau. Compt. rend. CXXII. 23. — 36) Buka, Zur directen Beobachtung innerer Körpertheile mittels Röntgenstrahlen. Deutsche med. Wochenschr. No. 19. — 37) Delbet, Pierre, Trois cas d'applications chirurgicale des photographios de Röntgen. Compt. rend. Acad. des sc. XXII. 12. — 38) Dupraz, Les chances d'erreur dans la recherche des corps etrangers par les rayons Roentgen à propos d'une plaie par arme à feu de la main. Rev. Suisse romande. p. 394. — 39) Gocht, Secundenaufnahme mit Röntgen'schen Strahlen. Deutsche med. Wochenschr. 14. Mai. S. 323. — 40) Hammer, Auffindung eines metallischen Fremdkörpers

im Daumenballen mit Hülfe der Röntgen'schen Strahlen. Deutsche med. Wochenschr. No. 8. 20. Februar. — 41) Huber, Zur Verwerthung der Röntgen-Strahlen im Gebiete der inneren Medicin. Deutsche med. Wochschr. No. 12. — 42) Jankau, Weitere Mittheilungen über die Anwendung der Röntgen-Strahlen in der Medicin. Internat. phot. Monatsschr. f. Med. u. Naturwissensch. Bd. III. — 43) Jastrowitz, M., 1. Die Roentgen'schen Experimente mit Cathodenstrahlen und ihre diagnostische Verwerthung. Deutsche medic. Wochenschr. No. 5. 30. Jan. — 44) Jones, Robert and Oliver Lodge, The discovery of a bullet lost in the wrist by means of the Roentgen rays. Lancet. Febr. 22. — 45) Julliard, G. et Ch. Soret, Une application à la chirurgie des rayons Roentgen. Rev. méd. Suisse romande. 4. — 46) Kaufmann, C., Zur Verwendbarkeit der Röntgen'schen Skiagraphie bei der Begutachtung von Unfallverletzten. Monatsschr. f. Unfallheilkunde. No. 9. — 47) König, F., Die Bedeutung der Durchleuchtung (Röntgen) für die Diagnose der Knochenkrankheiten. Deutsche med. Wochenschr. No. 8. 20. Febr. — 48) Kümmell und Geissler, Die Diagnose der Knochenherde durch Röntgen'sche Strahlen. Chir. Congress. Mai. — 49) Levy, M., Die Durchleuchtung des menschlichen Körpers mittels Röntgen-Strahlen zu medicinisch-diagnostischen Zwecken. Vortr. 8. Berlin. — 50) Magie, William Francis, The clinical application of the Röntgen rays. Americ. Journ. March. — 51) Macintyre, John, Direct vision by means of Roentgen rays. Lancet. March. — 51a) Maudras, V., Applications de la radiographie à la médecine. 8. Av. 4 pls. Paris. — 52) Müller, Eduard, Missbildung eines Händchens in Röntgen'scher Beleuchtung. Deutsche med. Wochschr. No. 12. — 53) Petersen, Walther, Chirurgisch-photographische Versuche mit den Röntgen'schen Strahlen. Münch. med. Wochenschr. No. 6. — 54) Reichard, Emil. Ueber eine mit Hilfe Röntgen'scher Strahlen ausgeführte Fremdkörperentfernung. Berl. klin. Wochschr. No. 26. — 55) Richardson, Maurice H., The practical value of the Röntgen-ray in the routine worth of surgical office practice. (Amer.) Med. News. No. 25. — 56) Scheier, Max, Zur Anwendung des Röntgen'schen Verfahrens bei Schussverletzungen des Kopfes. Deutsche med. Wochenschr. No. 40. 1. Oct. — 57) Schjerning u. Kranzfelder, Ueber die von der Medicinalabtheilung des Kriegsministeriums angestellten Versuche zur Feststellung der Verwerthbarkeit Röntgen'scher Strahlen für medicinisch-chirurgische Zwecke. Deutsche med. Wochenschr. No. 14. — 58) Thiem, C., Beitrag zur Darlegung des Nutzens der Röntgographie bei der Beurtheilung von Verletzungen. Ebendaselbst. — 59) Traczewski, C. F., Lanz, Otto u. G. Lenz, Einige Versuche mit der Röntgen'schen Photographie. Schweiz. Correspdbl. No. 7. — 60) Wendel, Verwendung der Röntgen'schen Strahlen zur Entfernung einer Pistolenkugel aus der Hand. Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 15. — 61) White, William, Goodspeed, Arthur W. and Charles L. Leonard, Cases illustrative of the practical application of the Röntgen rays in surgery. Americ. Journ. August. — 62) Wolff, Julius, Zur weiteren Verwerthung der Röntgenbilder in der Chirurgie. Deutsche med. Wochenschr. No. 40. 1. Oct.

Die Antiseptiker reinster Observanz und Bacteriologen kommen bei Lawson Tait (28) schlecht weg; mit bitterem Spott spricht er von den immer vorwärts schreitenden, immer in Entwicklung begriffenen, immer sich ändernden, niemals zu Rande kommenden Schlüssen, Folgerungen der Bacteriologen und macht sich lustig über den Chirurgen, der Alles mit Carbol und Sublimat übergiesst und dabei doch nicht versteht, seine Hände richtig rein zu waschen.

Seine Wundbehandlungsmethode, die er nun seit 30 Jahren geübt, hat all' die Wandlungen der Antiseptik und Aseptik nicht mitgemacht — sie hat im Laufe der Zeit sich wenig geändert — am nächsten steht ihr die heutige Aseptik. L. Tait schildert sodann seine Grundsätze, nach denen er Laparotomien ausführt, die in der Hauptsache in Folgendem bestehen:

Als erster Grundsatz für ihn gilt, die Laparotomirten in Einzelzimmern unterzubringen. Die Saalbehandlung hat alle möglichen Complicationen zur Folge, wie Pneumonieen, Abscesse, Blutungen etc. (!) Die Nacht vom 4. auf den 5. Tag ist für die Laparotomirten kritisch.

Nach den verschiedensten Versuchen ist er dazu gekommen, ausschliesslich Brunnenwasser mit $^1/_6$ warmem gekochten Wasser gemischt, Temp. 102 F., zur Reinigung und Wundbehandlung zu benutzen. Hände und Operationsfeld werden mehrfach abgeseift und erneut abgewaschen und schliesslich (das dürfte wohl wichtig sein) mit Terpentin abgerieben; desgleichen werden die Instrumente vorbereitet.

Von Bacterien fürchtet er nur eine Sorte, das sind die des Puerperalfiebers. T. meint auch die seien gar nicht aus der Haut auszuwaschen — er möchte nach solcher Infection der Hände Niemandem rathen, vor 14 Tagen bis 3 Wochen eine aseptische Operation zu unternehmen!

T. verbreitet sich dann über den Gebrauch von Schwämmen bei Laparotomien, die er bis vor 2 Jahren ausgiebig benutzte. Bei Blutungen aus gelösten Peritonealadhäsionen nimmt er aber heute Jodoformgaze, in merkwürdigem Contrast mit seinen übrigen Grundsätzen; auch Eisenperchlorid dient ihm zu gleichem Zwecke.

Bei Eiterherden im Peritoneum greift T. zu Ausspülungen mit grossen Mengen lauwarmen Wassers mit Hilfe eines Drains oder besser eines doppelläufigen Rohres.

Ponchet (18) macht auf den ungenauen und schwankenden Begriff der Antisepsis in der practischen Medicin aufmerksam. Die Wirkung eines Antisepticums ist verschieden den verschiedenen pathogenen Microorganismen gegenüber, sie variirt je nach ihrer Virulenz, sie variirt je nach dem Nährboden, auf dem der zu beeinflussende Microbe vegetirt, sie variirt sehr nach der Dauer der Einwirkung und selbstverständlich nach der Concentration und auch nach dem Medium (Lösungsmittel), in dem sie applicirt wird. Die antiseptische Wirkung eines Mittels setzt sich aus den beiden Hauptcomponenten: der bactericiden Kraft und der umstimmenden Einwirkung auf den Nährboden (resp. Organismus) zusammen. Ein Antisepticum hat also folgenden Anforderungen zu genügen: den Microorganismus bekämpfen und dessen Toxine zerstören, das Terrain zu modificiren, gegen die Folgen der Infection zu wirken und den Organismus zu stärken resp. zu unterstützen im Kampf gegen das Virus.

Wunden und Narben an Daumen und Zeigefinger einer Hand geben nach Hall (5) ausserordentlich häufig Veranlassung aus einem „Rechtshänder" einen „Linkshänder" zu machen oder umgekehrt. Auch der Ambi-

dexter verdankt seine Geschicklichkeit meist einer Verwundung — erst im Affect kommt seine ursprüngliche Gewohnheit wieder zur Geltung.

Hofmeister (7) sterilisirt Spritzen gewöhnlicher Construction d. h. solche, die nur aus Glas, Metall und Leder bestehen durch Auskochen, nachdem er das Leder des Stempels in einer 2—4 proc. Formalinlösung während 24—48 Stunden gebeizt hatte. Die Formolbeize erhält dem Leder beim Kochen seine Haltbarkeit, Weichheit und Geschmeidigkeit. Der herausgenommene Stempel wird erst mit Aether entfettet, bevor er ins Formalin eingelegt wird — die Beize soll von Zeit zu Zeit wiederholt werden.

Schnitzler u. Ewald (24) unterziehen die alte Lehre vom aseptischen Fieber auf Grund von neueren biochemischen Forschungsresultaten einer Kritik und suchen experimentell widerstreitende Punkte zu klären. Sie kommen zu dem Ergebniss, dass beim aseptischen Fieber kein Fibrinferment im circulirenden Blute vorhanden sein muss und dass daher das aseptische Fieber nicht mit Fibrinfermentintoxication identificirt werden darf. — Experimente an Thieren und Untersuchungen am Menschen zeigen ihnen, dass, wenn auch nicht immer, so doch recht häufig Nucleine bei subcutanen Traumen zur Resorption gelangen. In einem alten Haematom fanden sich auch Albumosen in grösserer Quantität. Sie glauben also das aseptische Fieber statt als eine Fibrinfermentintoxication, auf eine Nucleinresp. Albumosenwirkung beziehen zu müssen.

v. Dittel (2) empfiehlt in Fällen, wo die sichere histologische Diagnose für die Art des operativen Vorgehens grundlegend ist, von einer kleinen Probeexcision während der Narcose Schnitte mit dem Gefriermicrotom anzufertigen und zu färben — was wohl schon mancher Operateur vor Dittel gethan hat.

Lauenstein (10) wurde durch die Catgutfrage angeregt zu untersuchen, ob nicht etwa die in den oberflächlichen Hautschichten sitzenden Bacterien die Veranlassung zu Stichcanaleiterungen geben, indem unsere gewöhnlichen Desinfectionsmethoden für das Operationsfeld als unzureichend zu erachten sind. L. schnitt vor der Operation kleine Hautsstückchen aus, um sie in Gelatine zu verimpfen. So wurde untersucht entzündete und fistulöse, sowie intacte nicht desinficirte Haut (23 mal), ferner 75 mal nach mehrmaliger Desinfection (1—3 Tage lang Sublimatumschläge etc.) und nach dem Fürbringer'schen Verfahren. Von 17 Versuchen entzündete und fistulöse Haut zu desinficiren schlugen 15 fehl, und von 58 Versuchen bei intacter Haut ist 25 mal das Resultat ein negatives gewesen; meist ging in den Culturen der Staphylococcus albus auf. Aehnliche Versuche hat Lockwood 1894 publicirt, die er in einer zweiten Arbeit (s. u. 28a) erweitert hat. Auch er kam zu dem Resultat, dass es sehr schwierig ist, die Haut keimfrei zu machen.

Gleiche Untersuchungen hat Samter (22) angestellt. S. desinficirte nach 1 stündiger vorbereitender Reinigung der Haut mit einem Seifenumschlage folgendermaassen: 5 Min. lang Einreiben mit gekochter grüner Seife mit sterilem Tupfer, 1 Min. Spiritus, 1 Min. 3 proc. Carbolsäure, 1 Min. $^1/_2$ prom. Sublimat. Excidirte Hautstückchen wurden dann in Bouillon verimpft. Von 67 Versuchen ergaben nur 20 Keimfreiheit der Haut.

Auch Lockwood (28a) erhielt bei 40 Desinfectionsversuchen in üblicher Weise nur 26 mal ein positives Resultat. L. dehnte seine Versuche auf die Desinfection von Seide, „Fisching-Gut", Schwämme, Tücher, Wasser und Lösungen aus, wobei, wie begreiflich in weitaus der Mehrzahl das Testobject sich als steril erwies. (Vergl. auch seine diesbezügliche Arbeit aus dem Jahre 1894.)

Ueber Desinfection der Hände stellte Leedham-Green (11 und 12) verschiedene Versuchsreihen an, die sich erstreckten auf normale und auf septisch inficirte Hände. Die Erfolge sind recht wenig ermuthigend für den Aseptiker. Die Misserfolge der Desinfection überragen bei Weitem die Erfolge, gleichgiltig ob mit heissem Wasser, Seife, Terpentin, Alcohol, Aether und antiseptischen Lösungen gewaschen wurde. — L.-G. stellt sich damit in Widerspruch mit einer Anzahl von deutschen Autoren, die ganz zuverlässige Erfolge mit ähnlichen combinirten Waschungsmethoden erzielt haben wollten. Gerade Ahlfeld, der für die Spiritusdesinfection begeistert praedirt, kann L.-G. nach seinen Experimenten nicht beistimmen. A. liefert hierzu eine kurze Bemerkung (13).

Nagy (17) beschreibt einen Sterilisator für den practischen Arzt, der es ermöglicht unter einem die Instrumente auszukochen und gleichzeitig eine reichliche Menge Verbandstoff in strömendem Dampf zu sterilisiren.

Reclus (20) wendet Heisswasserirrigationen bei den verschiedensten Affectionen wie er sagt mit grossem Erfolge an. Bei schweren Quetsch- und Risswunden berieselt er die ganze Wundfläche mit Wasser von 60 bis 62° C., dem eine Spur eines Antisepticums beigesetzt ist. Ausser der Ausspülung von Blutcoagula, Gewebsfetzen etc. hat das Wasser antiseptische Wirkung (bei 62°), wirkt blutstillend und führt dem collabirten Patienten Wärme zu. Auch bei Haemorrhoiden lässt er Compressen in 55° C. warmes Wasser tauchen und und alle Minuten erneut auflegen. Bei acuter Prostatitis macht er Rectalirrigationen mit Wasser von 55 bis 60° C. zweimal täglich. Bei entzündlichen Processen der Uterinadnexen wendet er täglich solche Einläufe ins Rectum an, 55° nicht übersteigend.

Happel (6) plaidirt bei schweren Verletzungen (Zerschmetterung und Zermalmung von Extremitäten u. A.) für möglichst rasches operatives Eingreifen ohne erst mit präventiver Blutstillung, oder mit Salzwasserinfusion oder Anwendung von Analeptica gegen den Shock Zeit zu verlieren.

Hüls (8) glaubt, dass alles Heil der Wundbehandlung in der Landpraxis im Carbol liege und zwar in eigenartiger Anwendung, die sich lediglich auf eine grosse aber nicht genauer beobachtete Zahl von chirurg. Operationen gründet. Er wendet sich scharf gegen die Verpflanzung der Aseptik in der Landpraxis und zwar lediglich aus dem Grunde, weil er mit seiner Carbolbehandlung zufrieden ist. Seine Ansichten über die Aseptik von heute sind in vielen Punkten mangelhaft.

Celluloid in Aceton gelöst in Mullbinden eingerieben geben nach Landerer und Kirsch (9) sehr leichte und haltbare Verbände, bes. geeignet zu Corset und Schienenhülsenapparaten. Der Verband muss auf einem Gypsmodell gearbeitet worden. Gegen Feuersgefahr schützt das Ueberstreichen mit Wasserglas.

[Jansson, Carl, Eine neue Methode für die Behandlung der chirurgischen Tuberculose. Erster skandinavischer Congress für innere Medicin zu Gothenburg. am 27., 28. und 29. August 1896. Hygiea. LVIII. 9. p. 299—303.

Verf. citirte 15 Fälle, wo die Diagnose ausserhalb im ersten durch Infection von Meerschweinchen gestellt worden. Die Heilungen und Verbesserungen wurden von B. H. Santesson constatirt. Es war der Effect subcutaner Injectionen von Streptococcen auf chirurgische Tuberculose. Verf. gebrauchte eine Bouilloncultur von Erysipelascoccen, welche 8 bis 14 Tagen gestanden hatte. Wahrscheinlich waren alle Coccen abgestorben. J. injicirte $1/_3$—1 g ein oder zweimal wöchentlich. Die Reaction war gering. Röthe und Empfindlichkeit auf der Injectionsstelle, Fieber am selben oder folgenden Tage, von Fieberschauer vorhergegangen. höchstselten Abscess. Transitorische Albuminurie wurde ein einziges Mal beobachtet. In der letzten Zeit hat J. fast ausschliesslich Culturen vom Schlunde eines Pat., welcher Erysipelas faciei durchgemacht hat, angewendet. Diese Cultur ist so ungiftig, dass 50 ccm intravenös ein Kaninchen zu tödten nicht vermögen. Hauptsächlich hat J. diese Cultur auf Kinder in der Dosis von $1/_3$—1 g zweimal wöchentlich angewandt.

A. Fr. Eklund (Stockholm).

Tscherning, Fort mit dem Nickelüberzug unserer Instrumente. Bibliothek for Laeger. R. 7. Bd. 7. p. 313.

Der Verf. räth von der Anwendung des Nickelüberzuges unserer Instrumente entschieden ab. Beim Kochen rosten die Instrumente besonders an den Stellen, wo der Nickelüberzug lädirt ist. Dieses beruht auf einer electrolytischen Wirkung zwischen Eisen und Nickel. **Schaedemose**.]

Photographie mit Röntgen-Strahlen. R.'s wunderbare Entdeckung durch Kathodenstrahlung einer Hittorf'schen Röhre die Körpergewebe zu durchleuchten und das Bild auf photographischer Platte zu fixiren, resp. auf einem Platincyanurschirm sichtbar zu machen ist sehr rasch für die chirurgische Diagnostik verwerthbar gemacht worden. Die grosse Zahl von Publicationen, die der Entdeckung auf dem Fusse folgten, giebt den deutlichsten Beweis für den regen Eifer mit dem man diese wissenschaftliche Errungenschaft der Praxis nutzbar zu machen suchte.

R.'s Radiogramme erweisen sich in erster Linie sehr werthvoll für den Nachweis von Fremdkörpern (Kugeln, Nadeln, Glassplitter, Eisensplitter etc.) — Ferner sind sie von Nutzen für die genauere Erkennung von frischen oder veralteten Knochenverletzungen und Gelenkdeformitäten, sowie von angeborenen Knochenmissbildungen oder Knochendefecten; weiter hat man versucht entzündliche Knochenherde an den Gelenkenden (Tuberculose), sowie auch maligne Neubildungen des Periosts und des Knochens durch Projection auf die leichtempfindliche Platte dem Gesicht zugänglich zu machen. Während bei Knochenverletzungen, Knochendeformitäten und bei Fremdkörpern die erzielten Bilder erstaunlich gut und damit diagnostisch von grosser Bedeutung geworden sind, lassen sich entzündliche Knochenherde und Neubildungen nur undeutlich photographisch wiedergeben. Es müssen in dieser Hinsicht noch Fortschritte gemacht werden ehe die Methode als allgemein brauchbar bezeichnet werden darf.

Durch Verbesserung der Technik ist es in letzter Zeit auch gelungen dicke Gewebsschichten, wie den Thorax, das Becken, den Schädel zu durchleuchten. Bei Projection des Bildes auf den Platincyanurschirm lässt sich die Bewegung des Zwerchfells und die Contraction des Herzens direct beobachten.

Die ursprüngliche nothwendig Expositionszeit von 30—50 Min. ist durch Anwendung von Röhren mit grösserer Luftverdünnung in Verbindung mit einem Ruhmkorff'schen Inductionsapparate von 25 cm Funkenlänge (statt 8 cm) auf 3 Secunden herabgesetzt (Kümmell) ohne Beeinträchtigung der Bildschärfe.

Von den vorliegenden Publicationen handelt ein Theil von der Technik und den erzielten Verbesserungen; es sind vieles gemeinschaftliche Arbeiten von Physikern und Medicinern. (White, Goodspeed und Leonard (61), Magie (50), Buka (36), Gocht (39).

Andere suchen experimentell die Durchleuchtbarkeit verschiedener Substanzen und Flüssigkeiten zu prüfen, um daraus Schlussfolgerungen für die Verwerthbarkeit des Skiagramms für die practische Medicin zu ziehen (Traczewski, Lanz und Lenz (59) Schjerning und Krausfelder (57), W. Becher (32), Petersen (53), J. Wolff (62) erhofft von der R. Photographie Aufschlüsse über die Transformation der Knochen durch zu verschiedenen Zeiten wiederholte Aufnahme zu bekommen. Er reproducirt Radiogramme des Beckens bei congenitaler Hüftgelenksluxation. Die übrigen Arbeiten enthalten casuistische Mittheilungen z. Th. höchst sensationeller Art über Auffindung von Fremdkörpern in Hand, Fuss, Arm, Schädel, — oder über Knochenherde und Sarcome im Knochen (König (47), Kümell u. Geissler (48)) und endlich über Arthritis deformans, congenitale Gelenk- und Knochendeformitäten, über Luxationen und schlecht geheilte Fracturen.

Dupraz (38) macht auf die Schwierigkeit aufmerksam, an der Hand eines Radiogramms die für einen operativen Eingriff sehr wichtige Frage zu entscheiden, ob z. B. eine Kugel volar oder dorsal sitzt. Er meint die alte Kugelsonde sei noch nicht überflüssig geworden.

III. Wundbehandlung, Antiseptica.

1) Benson, J. R., The treatment of burns, granulating wounds, and skin-grefts by the antiseptic cage. Lancet. Nov. 14. — 2) Horn Gage, Treatment of cold abcesses. Boston Journ. No. 11. — 3) Ostermayer, Nicolaus, Ueber die Behandlung tuberculöser Abscesse und anderweitiger Eiterungen mit Klever'schem

Jodoformvasogen. Wiener med. Wochenschr. No. 14. — 4) Peet, Edward W., The treatment of acute Abscesses. New York Med. Record. October 10. — 5) Schulenkamp, Behandlung des Ulcus cruris varic. mittelst Quecksilberoxyd. Therap. Monatshefte. Decbr. — 6) Stoker, George, The Economy of the treatment of wounds and ulcers by Oxygen Gas. Brit. medicin. Journ. p. 1087. — 7) Thayer, F. C., Gauze as a means of drainage. Boston medic. and surg. journal. p. 465.

Antiseptica. 8) Angeliri, Dell' ittiolo in chirurgia. Raccoglitore. 12. p. 273. — 9) Benedict, F. L., Digestive ferments with especial reference to their use in surgery. The medic. and surg. Reporter. Octob. 17. No. 16. — 10) Bohl, Klinische Beobachtungen über die Wirkung des Formaldehyd-Caseïn. Münch. med. Wochenschr. S. 889. — 11) Credé und Beyer, Silber und Silbersalze als Antiseptica. gr. 8. Leipzig. — 12) Credé, B., Die Silberwundbehandlung. Centralbl. für Chir. No. 43. — 13) Derselbe, Silber als Antisepticum in chirurgischer und bacteriologischer Beziehung. Arch. f. klin. Chir. 53. Bd. Heft 1. — 14) Foote, E. M., The effect of formalin gelatine on suppuration in wounds. Med. News. p. 546. — 15) Kölliker, Ueber das Jodoformin. Verhandl. d. dtsch. Gesellschaft für Chir. — 16) Lane Arbuthnot, W., A year's experience of the use of sulphur in surgery. Med. chir. Transact. Vol. 87. — 17) Lomry, P. F., Ueber den antisepsischen Werth des Jodoforms in der Chirurgie. Langenb. Arch. 53. Bd. Heft 4. — 18) Longard, C., Ueber den Werth des Amyloforms in der Chirurgie. Therap. Monatshefte. October. — 19) Majewski, Conr., Das Jodamylum in der Chirurgie. Wien. med. Presse. No. 19. — 20) Ostermann, H., Chinosol als Antisepticum in Geburtshülfe und Gynäcologie. Therap. Monatshefte. März. — 21) Schleich, C. L., Ueber eine neue Form antiseptischer Wundbehandlung. Ebendaselbst. Februar. — 22) Stoker, George, The surgical uses of oxygen gas. Brit. medic. journ. 24. Oct. — 23) Tausig, Hugo, Das Airol, ein Ersatzmittel des Jodoforms, seine Wirkung auf Gonorrhoe und Trachom. Wien. med. Presse. No. 41.

Wundnaht und Nahtmaterial. 24) Casati, Eugenio, Di una speciale sutura della cute. Raccoglitore med. 10. Mai. — 25) Fleischauer, Ernst, Chirurgisches Nahtmaterial zu Ligaturen und verlorenen Nähten mit besonderer Berücksichtigung der Seide. Inaug.-Diss. Erlangen. — 26) Gubaroff, A. v., Ueber die Anfertigung eines billigen und für chirurgische Zwecke ausreichenden Nähmaterials. Centralbl. f. Chir. No. 44. — 27) Ihle, Otto, Eine neue Methode zur Herstellung absoluter Asepsis des Nahtmateriales. Münch. med. Wochenschr. No. 12. — 28) Mehler, H., Zur Aseptik der Naht und Unterbindungsseide. Ebend. S. 591. — 29) Schürmayer, B., Ueber einen neuen aseptischen Verschluss von Wunden an Stelle der Wundnaht. Centralbl. f. Chir. No. 3. — 30) Wachsmann, S., Heftklammern für Wunden. Berliner klin. Wochenschr. No. 45.

Catgut. 31) Clark, J. G. and G. B. Miller, The sterilization of Catgut by Cumol. Johns Hopkins Hosp. Bull. No. 59—60. — 32) Hahn, Johannes, Zur Catgutfrage. Centralbl. f. Chir. No. 41. — 33) Halban, Jos. und Rob. Hlawacek, Formalin und Catgutsterilisation. Wien. klin. Wochenschr. No. 18. — 34) Hofmeister, F., 1. Ueber Catgutsterilisation. Centralbl. f. Chir. No. 9. — 35) Derselbe, Ueber Catgutsterilisation durch Auskochen. Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 15. — 36) Derselbe, Ueber Catgutsterilisation. Ebendas. Bd. 16. — 37) Derselbe, Erklärung zu dem Vortrag des Herrn Dr. R. Schäffer „Ueber Catgutsterilisation." Berliner klin. Wochenschr. No. 42. — 38) Jellett, Henry, A modification of Dr. Fowler's method of sterilising Catgut. Lancet. Aug. 8. — 39) Kofend, Ad., Ueber Catgutsterilisation. Wien. klin. Wochenschr. No. 9. — 40) Kossmann, R., Ueber steriles Catgut. Berl. klin. Wochenschrift. No. 39. — 41) Poppert, Peter, Ueber Eiterung durch keimfreies Catgut. Deutsche medicin. Wochenschr. No. 48. — 42) Saul, E., Ein neuer Versuch zur Sterilisation des Catgut. Berliner klin. Wochenschr. No. 2. — 43) Derselbe, Untersuchungen über Catgut-Desinfection. — Die Desinfection mit siedenden Alcoholen. Arch. f. klin. Chir. 52. Bd. H. 1. — 44) Derselbe, Zur Catgut-Frage. Berliner klin. Wochenschr. No. 42. — 45) Schaeffer, R., Ueber Catgutsterilisation. Ebendas. No. 30—34.

Gage (2) hält die Eröffnung der tuberculösen (Congestions-) Abscesse an der tiefsten Stelle ohne weitere Maassnahmen für besser, als breite Incision, Auskratzungen oder Punction mit Auswaschung.

Ostermayer (3) ersetzt die Jodoformölemulsion, die bisher bei tuberculösen Abscessen und bei tub. Gelenken zur Injection benutzt wurde, durch das von Klever dargestellte Jodoformvasogen. Entweder wurde nach Ausspülung des punctirten Abscesses mit 1 prom. Sublimatlösung 15—20 g, das Mittel injicirt, oder der Abscess gespalten, die Höhle ausgekratzt und mit in Jodoformvasogen getränkter Jodoformgaze austamponirt. Der Effect war ein guter; auch bei Affectionen nicht tuberculöser Natur regt das Jodoformvasogen die Granulationsbildung mächtig an.

Bei acuten Abscessen benutzt Peet (4) zur Drainage mit grossem Vortheil schmale Streifen Guttapercha, die gefaltet und gedreht die Abscesshöhle ausfüllen; darüber kommt ein feuchter Verband mit Alumin. acet. getränkt. Die Guttapercha-Tamponade wird möglichst lang gelassen — sie garantirt vor Secretstauung und leitet besser ab, als der übliche Streifen Jodoformgaze.

Antiseptica. Kölliker (15) empfiehlt das Jodoformin — eine Verbindung des Jodoforms mit einem Derivate des Formaldehyds, ein fast geruchloses Pulver, das im Körper Jodoform abspaltet.

Das Glutol der Formalingelatine ist von Schleich (21) in die Chirurgie eingeführt. Gelatine mit Formalin behandelt wird eine steinharte unlösliche Masse, diese wird gepulvert und als Antisepticum in frische und in eiternde Wunden eingebracht. Das Mittel an und für sich ist nicht antiseptisch — Schimmelpilze wuchern üppig auf seiner Oberfläche; unter dem Einfluss der Körpersäfte soll es aber langsam das energisch antiseptische Formalin continuirlich abspalten. Sch. sieht deshalb im Glutol ein Mittel, das in nicht inficirten Wunden einen festen „uninficirbaren" Wundschorf zu bilden vermag und im inficirten Gewebe Bacterien „mit grösster Sicherheit" abzutödten vermag durch moleculare Antisepsis und deshalb purulente Processe „mit grösster Sicherheit" sistirt.

Schlechte Erfahrungen hat Foote (14) mit Formalin-Gelatine gemacht.

Ein ähnliches Präparat, das Formaldehyd-Caseïn, ein Condensationsproduct aus Caseïn und Formaldehyd ist von Bohl (10) geprüft worden; seine Wirkung ist ähnlich derjenigen des Glutols, im ganzen auch nicht sonderlich empfehlenswerth.

Das Amyloform von Classen hergestellt —

eine chemische Verbindung von Stärke und Formaldehyd erwies sich nach Longard (18) als ein energisch wirkendes, desodorisirendes und secretionshemmendes antiseptisches Pulver, das wegen seiner Beständigkeit und Ungiftigkeit dem Jodoform nicht nachsteht.

Lane (16) bringt in Wundhöhlen (Knochenhöhlen bei Tuberculose, Gelenkresectionen) sterilisirten, präcipitirten Schwefel in grossen Mengen, und ist von der günstigen Wirkung entzückt: Keine Vergiftungserscheinungen, Reactionslosigkeit, gute Granulation, dauernde Antiseptik und Schmerzlosigkeit.

Die „Silberwundbehandlung" von Credé (12 u. 13) geht von der Beobachtung Halsted's aus, dass aseptische Wunden mit Blattsilber bedeckt aseptisch bleiben. C. wies nun nach, dass bei Vorhandensein von Spaltpilzen das metallische Silber sich zersetzt und mit thierischem Gewebssaft sich verbindend ein Silbersalz von ganz eminent antiseptischen Eigenschaften entsteht. Bei eintretender Wundinfection wird also sofort durch den Infectionsprocess gleich das Gegengift gebildet. Ausser metallischem Silber und Silbergaze verwendet Cr. bei einer Anzahl von Silbersalzen mit Vorliebe Itrol (Arg. citricum); Seide und Catgut werden mit Silbersalzen imprägnirt. Sterilisation der Verbandstoffe ist unnöthig. Das Nähere über Wundbehandlung s. Centralbl. — über experimentelle und bacteriologische Untersuchungen in der Broschüre.

[Jasinski, R., Briefe über Wundbehandlung (Silber-Antisepsis). Gazeta lekarska. No. 46—48.

Verf. spricht der von Credé eingeführten Silberantisepsis sehr warm das Wort, obwohl ihn ursprünglich die aus Chemnitz bezogenen Originalverbandstoffe wiederholt im Stiche gelassen haben, und er sich bemüssigt sah, sich in Warschau bereiteter Verbandstoffe zu bedienen, welche den an sie gestellten Anforderungen entsprachen. **Trzebicky** (Krakau).]

Das Jodoform ist auf seine antiseptische Kraft aufs Neue von Lomry (17) geprüft worden; er kommt zu den folgenden Schlüssen:

1. Wenn man beim Hunde oder beim Kaninchen Wunden mit pyogenen Staphylo- oder Streptococcen inficirt und die einen mit Jodoform behandelt, die anderen ihrem Schicksal überlässt, so constatirt man, dass das Jodoform unbestreitbar eine günstige Wirkung auf die Wunde ausübt (lebhaftere Granulation, verminderte Secretion und schnellere Vernarbung).

2. Man darf den Bacteriologen nicht Glauben schenken, welche die antiseptische Eigenschaft des Jodoforms ableugnen. Sie sind zu den Resultaten gelangt, weil sie für ihre Untersuchungen Nährböden gebraucht haben, welche das Jodoform nicht lösen. Wenn man in vitro mit natürlichen Nährböden arbeitet, so sieht man, dass das Jodoform antiseptisch wirkt.

3. Das Jodoform schwächt die Virulenz des Staphylococcus und Streptococcus ab.

4. Das Jodoform neutralisirt und zersetzt die Microbentoxine, aber die Neutralisation und Zersetzung ist unvollständig.

5. Das Jodoform ist weder für die amöboiden Bewegungen, noch für die phagocytäre Thätigkeit der weissen Blutkörperchen schädlich; es regt im Gegentheil ihre Bewegungen sogar ein wenig an.

Sauerstoff soll nach Stoker (22) auf alte Geschwüre ausserordentlich günstig einwirken. Er hat einen besonderen Apparat construirt, der ihm erlaubt, kranke Körpertheile in einem luftdicht geschlossenen Kasten der O_2-Gaseinwirkung auszusetzen. Er glaubt, dass pathogene Microorganismen auf und in den Geschwüren vernichtet werden; er schreibt dem O_2 eine „selectio power" (!) zu; ferner wirkt O_2 energisch desodorisirend, schmerzstillend, und befördert Granulationsbildung und Heilung.

Bei inficirten Wunden glaubt Benedict (9) glänzende Erfolge durch sein „Digestive dressing" gesehen zu haben, das darin besteht, die Wunden zu bepudern mit Pepsin, darüber hydrophile Watte, die in 2 proc. Lösung von Salzsäure getränkt ist. Seine Anschauungen über Wundheilung, die er dabei entwickelt, sind recht unklar.

Verbrennungswunden, Transplantationen bedeckt Benson (1) mit einer Art von antiseptischem Gehäuse (zeltförmiger Verband) und spült die Wunden einige Male am Tage ab. Umständlich! — Er will damit bei ausgedehnten Verbrennungen Verbandmaterial sparen.

Ueber Alcoholverbände bei Erysipel und septischen Infectionen vergl. Salzwedel u. Schmidt, Cap. Chir. Inf.-Krankh. 3 u. 4.

Ueber Wundvereinigung liegen verschiedene Vorschläge vor. Wachsmann (30) empfiehlt Klammern in folgender Form ⌐¬, die einfach an den Wundrändern eingestochen werden. Schürmayer (29) zieht Heftpflasterstreifen von den Seiten der Wunde durch Häkchen zusammen und nähert damit die Wundränder, die von den Haken einfach überbrückt werden.

Casati (24) beschreibt eine besondere Art der Naht.

Als Nahtmaterial nimmt Gubaroff (26) gewöhnlichen Leinenzwirn, der durch Kochen entfettet, sterilisirt und getrocknet mit 5 proc. Lösung von Photoxylin in Alcohol und Aether ana imprägnirt ein haltbares und sehr billiges Nahtmaterial darstellt. — Zum Auskochen und practischer Herrichtung von Seide zum directen Gebrauch bei der Operation geben Ihle (27) besonders aber Mehler (28) recht geschickte kleine Gestelle an.

Ueber Catgutdesinfection liegen eine Anzahl von Arbeiten vor, die in dankenswerther Weise Licht in diese Frage bringen und auch für die Praxis Erfolge gezeitigt haben. Zunächst kam Saul (42—44) auf der Suche nach einem gegenüber der v. Bergmann'schen Sublimat-Alcoholdesinfection vereinfachten Verfahren zu dem beachtenswerthen Resultate, dass siedender Amylalcohol mit 5 proc. Carbol bei 132° Sporen in 3 Stunden abtödtet, bei Zusatz aber von 10 pCt. Wasser wird die gleiche Wirkung — was ausserhalb jeder Vermuthung lag — schon in 5 Minuten erzielt. In einem besonderen Apparat (Lautenschläger) gelingt es nach Saul Rohcatgut in 45 Minuten sicher zu sterilisiren in folgender Lösung: Alcohol 85,0, Acid. carbol. 5,0, Aq.

dest. 10,0. Das Material behält seine Zugfestigkeit und Geschmeidigkeit.

Hofmeister (34—37) hat auf der Tübinger Klinik die Saul'sche Methode nachgeprüft, erzielte aber damit nicht keimfreies Catgut. Er selbst fand eine Präparationsmethode des Rohcatguts, die es ermöglicht, die Fäden beliebig in Wasser auszukochen, was ein absolut sicheres Material garantirt. Seine Vorschriften lauten:

Das aufgewickelte Catgut wird:

1. auf 12—48 Stunden in 2—4proc. Formalinlösung gelegt,
2. zur Entfernung des überschüssigen Formalins in fliessendem Wasser mindestens 12 Stunden lang ausgewaschen,
3. 5—20 Minuten in Wasser gekocht.
4. nachgehärtet und aufbewahrt in Alcohol absol. (+ 5proc. Glycerin und 4proc. Ac. carb. oder 1prom. Sublimat, je nachdem man Metallrahmen oder Glasplatten benützt).

Wird das Formalin vor dem Kochen nicht gründlich ausgewaschen, so wird der Faden brüchig. Die Anordnung der Fäden in nur einer Schicht bietet die beste Gewähr für gleichmässigen Zutritt sowohl des Formalins als des Wasch- und Kochwassers.

Das ausgewaschene Catgut kann vor dem Kochen ohne Schaden beliebig lange in Alcohol aufbewahrt werden; auch kann man einmal gekochtes Catgut wiederholt aufkochen, wenn man das Fadenende wieder festknüpft, um die Spannung zu erhalten.

Fast gleichzeitig haben auch Halban und Hlawacek (33) die Verwendung des Formalin zur Catgutdesinfection empfohlen.

Schäffer (45) findet auch das Saul'sche Verfahren ungenügend, wenn er auch den wesentlichen Fortschritt, den es in sich schliesst, voll anerkannt. Mit Zugrundelegung dieses Princips schlägt er ein „ganz sicheres" Verfahren vor, bei dem in besonderem Apparat eine $^1/_2$proc. Sublimat-Wasser-Alcohollösung als Desinficiens dient.

Die folgenden Arbeiten von Saul (44), Schäffer (45), Kossmann (40) und Hofmeister (37) enthalten Kritik und Abwehr; doch ist in der sorgfältigen expementellen Nachprüfung Hofmeister's (34) der Saul'schen Arbeit die practisch wichtige Thatsache zu Tage gekommen, das Catgut verschiedener Provenienz der Sterilisation ausserordentlich verschiedene Widerstände bieten — eine Thatsache, in der die Erklärung mancher strittiger Punkte zuverlässiger Untersucher liegt.

Einen wichtigen Beitrag zur Catgutfrage liefert Poppert (41), der auf Entzündungserscheinungen aufmerksam macht, die bedingt durch versenkte Ligaturen einen progredient phlegmonösen Character annehmen; der Eiter ist meist steril — er kann also nicht einer ungenügenden Desinfection des Catguts, d. h. dem Vorhandensein von lebensfähigen Bacterien entstammen. Diese Eiterungen sind durch chemische, dem Catgut anhaftende Stoffe bedingt, die dementsprechend einen gutartigen Character zeigen. Orlandi (Turin) nimmt übrigens in einer Entgegnung im Centralbl. f. Chir. No. 6. 1897 die Priorität hierfür für sich in Anspruch.

Clark und Miller (31) geben eine Modification der Cumolsterilisation nach König, nämlich C. im Glas 1 Stunde lang bei 80° C. im Heissluftschrank, dann in Cumol 100° ansteigend auf 165° 1 Stunde lang, dann wird Cumol abgeschüttet und Catgut im Sandbad bei 100° getrocknet.

[Wotkowicz, M., Ein Beitrag zur Technik der Entspannungsnähte. Kronika lekarska. No. 4. (Ein zum mindesten überflüssiger Vorschlag zur Erleichterung der Wundnaht.) **Trzebicky** (Krakau).]

IV. Chirurgische Infectionskrankheiten.

1. Verschiedenes und Allgemeines.

1) Tuffier, Le lavage du sang dans les infections chirurgicales. Gaz. hebdom. No. 41. — 2) Albert, Eduard, Ueber einen Fall von Impftuberculose. Wien. klin. Wochenschr. No. 14. — 3) Salzwedel, Weitere Mittheilungen über dauernde Spiritusverbände. Berl. klin. Wochenschr. No. 47. — 4) Schmidt, Ad., Alcoholverbände. Münch. med. Wochenschr. No. 24. — 4a) v. Hoffmann, Ueber einen Fall von Impftuberculose. Wien. klin. Wochenschr. No. 14. — 5) Godding, Charles G., On Non-veneral bubo. Brit. med. Journ. Septbr. 26. — 6) Melloni, Un caso di gangrena nosocomiale guarito col siero di Behring. Bull. della soc. Lancis. XVI. — 7) Ingerslew, F., Chirurgische Scarlatina, eingeleitet von einer Lymphangitis brachii. Zeitschr. f. klin. Med. 31. Bd. Heft 1 u. 2. — 8) Northrup, William P., Wandering phlebitis (Periphlebitic lymphangitis). Med. Rec. July 4. p. 11.

2. Eiterungen.

9) Sadeck, Ueber posttyphöse Eiterung in einer Ovarialcyste. Münch. med. Wochenschr. — 10) Albarran u. Bauzet, Note sur la bactériologie des abcès urineux. Ann. des malad. des org. génit.-urin. — 11) Schalenkamp, Die Behandlung des Carbunkels ohne Incision, vermittels Injection, Durchspülung und Auflegens von Sublimatlösung. Therap. Monatsh. Septr. — 12) Esselbrügge, Albert, Ueber Behandlung der Carbunkel durch Excision. Inaug.-Diss. Greifswald. — 13) Schimmelbusch, C. und Mühsam, Ueber eine spontane eitrige Wundinfection der Kaninchen. Arch. f. klin. Chir. 52. Bd. Heft 3.

3. Septicaemie und Pyaemie.

14) Jayle, F., La septicémie peritonéale aiguë post-opératoire. Paris. 1895. — 15) Coleman, P. and T. G. Wakeling, A case of acute septicaemia treated by antistreptococcus serum: Recovery. Brit. med. journ. p. 647. — 16) Delore, Ill. Esquisse de la septicémie. — 17) Ballance, Charles A. and Francois C. Abbot, A case of acute haemorrhagic septicaemie treated by antistreptococcus serum. Brit. med. journ. July 4. — 18) Berlin, Infection généralisée ayant eu pour point de départ un panaris sous-épidermique. (Rap. p. Pozzi.) Bull. et mém. soc. chir. p. 805. — 19) Hitschmann und Michel, Eine von Bact. coli com. hervorgerufene Endocarditis und Pyämie. Wiener klin. Wochenschr. No. 18. — 20) Gluck, Th., Beitrag zur chirurgischen Behandlung infectiöser Thrombosen. Deutsche medic. Wochenschr. No. 38. — 21) Rockstro, Frank Braine, Three cases of phlegmasia dolens. Lancet. Septbr. 19.

4. Tetanus.

22) Broca, Tétanos chronique. Bull. et mém. soc. chir. p. 455. — 23) Derselbe, Traitement préventif du tétanos par la sérothérapie. Ibidem. p. 193. — 24) Bazy, La sérotherapie dans le tétanos. Ibidem. p. 187. — 25) Calmette, A., A lecture on the Treatment of animals poisoned with snake venom by the injection of Anti-venomous serum. Lancet. Aug. 15. — 26) Dunbar-Brunton, James, The poison-bearing fishes, trachinis draco and scorpaena: The effects of the poison on man and animals and its nature. Ibid. Aug. 29. — 27) Halban, Jos., Zur Symptomatologie des Tetanus. Mittheilung aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir. 1. Bd. — 28) Klemm, Paul, Ueber locale Krämpfe als primäres Symptom des Tetanus. Deutsche Ztschr. f. Chir. Bd. 42. — 29) Ridge, Case of tetanos treated with Antitoxin. Brit. med. journ. p. 648.

5. Actinomycose.

30) Brunner, Fr., Beiträge zur Kenntniss der Actinomycose in der Schweiz. Schweizer Correspdzbl. No. 12. — 31) Duckworth, Sir Dyce, A case of the thoracic wall. Barthol. Hosp. Rep. Vol. 31. — 32) Friedrich, P. Leopold, Tuberculin und Actinomycose. Deutsche Ztschr. f. Chir. Bd. 43. — 33) Jurinka, Jos., Zur conservativen Behandlung der menschlichen Actinomycose. Mitth. a. d. Grenzgeb. der Med. u. d. Chirurg. Bd. I. — 34) Knox, D. N., Actinomycosis of the cheek and neck. Glasgow Journ. May. — 35) Korff, B., Ein Beitrag zur Behandlung der Actinomycose. Memorab. XL. 2. — 36) Marchand, Ueber Präparate eines Falles von Actinomycose. Berl. klin. Wochenschr. No. 4. — 37) Derselbe, Präparate eines schweren Falles von Actinomycose. Ebendas. No. 15. — 38) Pringle, J. J., A case of Actinomycosis extensively involving the skin. Med. chir. Tranct. Vol. 57. — 39) Ruge, H., Pharyngomycosen mit actinomycesähnlichen Drusen. Dtsch. med. Wochschr. Vereinsbeilage. 3. Sept.

Bei chirurgischen Infectionskrankheiten hat Tuffier (1) gestützt auf die Experimente von Dastre und Loye mit gutem Erfolg wiederholte Infusion von physiologischer Kochsalzlösung in grossen Dosen angewandt, der er, um deren Wirkung im Sinne einer „Auswaschung des Blutes" zu erhöhen, einen Aderlass vorausschickte. So glaubt er einige Fälle von Tetanus, schwere peritoneale Infectionen, Niereninfectionen gerettet zu haben, während allerdings andere Fälle trotz Infusion zu Grunde gingen. Er hat ca. 50 Fälle nach dieser Art behandelt.

Die Erklärung für die Wirkung findet T. in der Kräftigung der Pulswelle und damit die reichliche Diurese und Transspiration, wodurch der Organismus Infectionsstoffe nach aussen schafft.

Ueber einen interessanten Fall von Impftuberculose berichtet ausführlich v. Hoffmann (4a) Durch einen Nadelstich in die Fingerbeere entstand eine Art chronisches tuberculöses Panaritium, tuberculöse Lymphangitis und Lymphadenitis, Geschwürsbildung. Der Finger musste exarticulirt werden. Verf. bespricht andere in der Literatur niedergelegte ähnliche Fälle und giebt eine ausführliche Angabe der bisherigen Arbeiten.

Zur Illustration des „chirurgischen Scharlachs" giebt Ingerslev (7) einige Krankengeschichten, aus denen er folgert, dass Scharlach gewiss häufiger als man ahnt als Infectionseingangspforte eine kleine Haut- oder Schleimhautwunde benutzt; in Folge dessen sind alle Fälle ohne Tonsillenaffection in dieser Hinsicht zu untersuchen.

Anschliessend an eine im letzten Jahr erschienene Casuistik von Phlegmasie bei Jungfrauen, theilt Rockstro (21) hier 3 ähnliche Fälle mit, bei denen die Aetiologie unklar ist.

Ueber nicht venerische Bubonen giebt Godding (5) aus den Krankenregistern der englischen Marine eine kurze Statistik über 733 Fälle. Nur in Ausnahmsfällen stimmt er für Drüsenexstirpation, hält aber besonders grosse Stücke auf die interne Verabreichung von Arsenik.

Gluck (20) exstirpirt vereiterte septische Venenthromben in ganzer Ausdehnung.

Den Carbunkel behandelt Schalenkamp (11) (ähnlich wie Bidder den Furunkel [!] mit Carbolinjection) mit radiärer Injection und Durchspülung von 1 prom. Sublimat.

Esselbrügge (12) publicirt die Erfolge der Excision des Carbunkels im Gesunden, wie sie an 107 Fällen von Bardenheuer erzielt wurden; es sind immerhin dabei 10 Todesfälle mitverzeichnet.

Berlin (Paris) (18) meldet auch einen schweren Fall allgemeiner pyaemischer Infection nach Carbunkel des Nackens mit Ausgang in Genesung durch Einspritzung von 1400 g Serum.

[Kjellberg, A. (Stockholm). Ueber Cellulitiden. Eira. XX. 3. p. 73—79.

Unter Cellulitis versteht Kjellberg eine Entzündung des subcutanen Fettgewebes. Als ätiologische Momente hebt K. besonders hervor Beleibtheit und Nervosität, aber umgekehrt entsteht eben diese durch die von den Cellulitiden hervorgerufenen abnormen Sensationen. Bisweilen bewirken Traumen, z. B. gynäcologische Massage, entzündliche Zustände des Hautfettes. Die subjectiven Symptome sind Schmerzen, unbestimmtes, unbehagliches Gefühl von Druck, Betäubung, Starrheit, Müdigkeit und eine Empfindlichkeit mit consecutiver Verstimmung, Angst u. s. w. In Betreff der objectiven Symptome sind die Cellulitiden entweder allgemein oder local, ihre Consistenz variirt von knorpelähnlicher Härte bis zu einer unelastischen Teigigkeit. Der Verlauf ist chronisch, in einzelnen Ausnahmefällen acut. Die Diagnose gründet sich vor allem auf die Palpationsmethode. Die Prognose ist mit Rücksicht auf die sichere Heilung der Krankheit durch Massage gut. Man fasst hierbei das Fett zwischen dem Thenar, Hypothenar und dem Daumen auf der einen Seite und der Volarfläche der vier ausgestreckten Finger auf der anderen Seite und macht eine fortschreitende Bewegung ohne nachzugeben.

A. Fr. Eklund (Stockholm).]

Schimmelbusch u. Mühsam (13) fanden beim Kaninchen einen Bacillus als spontanen Eitererreger. Das Studium der eitrigen Wundinfectionskrankheiten

stösst bekanntlich bei Experimenten an Kaninchen auf die Schwierigkeit der geringeren Empfänglichkeit und sehr verschiedenartigen Reaction. Der „Bacillus des Kanincheneiters" erzeugt an der Impfstelle Abscesse, an die sich septische Processe anschliessen, die gewöhnlich zum Tode führen. Es sind kurze Stäbchen mit abgerundetem Ende ohne Eigenbewegung, daneben Coccen als Jugendformen, ohne characteristische Gruppirung. Sie wachsen auf Agar und Bouillon, nicht aber in Gelatine, Temperaturoptimum ist 37°; gegen Austrocknung ist es sehr resistent. Für experimentelle Untersuchungen auf dem Gebiete der septischen Erkrankungen ist der Fund von Bedeutung. Lexer hat sich bereits bei seinen neuen Osteomyelitisversuchen dessen mit Vortheil bedient.

Ueber günstige Erfolge bei Septicaemie durch Injectionen von Antistreptococcen-Serum berichten Coleman und Wakeling (15) und Ballance und Abbott (17). Es handelt sich um je einen Fall schwerster septischer Infection, wo anscheinend der gute Effect der Einspritzung schon nach wenigen Stunden sich geltend machte. Im Beginn wurden alle vier Stunden je 7 ccm Serum eingespritzt. Anschliessend an die letztere klinische Mittheilung berichtet Bokenham über die Herstellungsweise des Serum.

Anlässlich einer Mittheilung von Berlin (18) über eine pyaemische Infection, entspinnt sich in der Soc. de Chir. in Paris eine lebhafte Discussion über die Erfolge von intravenösen Infusionen und Seruminjectionen bei pyaemischen und septicaemischen Zuständen, bei grossen Blutverlusten und Schwächezuständen. Dabei stellt sich heraus, dass eine Anzahl von Pariser Chirurgen häufig zu Infusionen Zuflucht nehmen und besonders gern Serum einspritzen und zwar in erstaunlich massiven Dosen, wie Lejars z. B. einmal in 5 Tagen 25 Liter infundirt hat! Mit den erzielten Erfolgen sind sie zufrieden.

Spiritusverbände sind von Salzwedel bei septischen und eiterigen Processen und bei Erysipel dringend empfohlen worden. Dieser Autor (3) kommt nun in einer zweiten Abhandlung auf das Thema zurück, worin er die in seiner Praxis erzielten Resultate schildert und im Allgemeinen auch eine plausible Erklärung für die Alcoholwirkung in die Tiefe der Gewebe zu geben sucht. Die Erfolge sind ermuthigend und verdienen jedenfalls, was S. durch seine Publication zu erzielen wünscht, eine sorgfältige Nachprüfung.

Schmidt (4) hat Versuche an einer grossen Zahl von Fällen gemacht; er spricht sich durchaus zufrieden über die antiseptische und antiphlogistische Wirkung aus.

Tetanus. Broca (22 und 23) und Ridge (29) haben je einen Fall von Tetanus durch Antitoxininjection geheilt; beides Fälle mit ausgesprochenem chronischem Verlauf, wo die Einspritzungen erst am 8. Tage oder sogar später begonnen wurden.

Bazy (24) glaubt nicht an eine curative Wirkung des Serums; er hat in einem Jahr 4 Tetanusfälle gesehen, alle sind gestorben. Seither macht er Präventivimpfungen mit Tetanusantitoxin (10 ccm) bei allen Verletzungen, die eine Infection mit Tetanusbacillen für möglich erachten lassen, das sind besonders die mit Erde verunreinigten Wunden.

Einen Misserfolg mit Tetanusantitoxin theilt Broca (23) mit.

Klemm (28) hat in einem Fall von Tetanus beobachtet, dass schon sehr früh die Muskeln in der Umgebung der Wunde, rechte Rückenseite, contrahirt waren; er schliesst daraus, dass das Tetanusgift nicht allein von der Medulla oblongata aus, sondern direct von der Injectionsstelle aus seine Giftwirkung entfalte.

In symptomatologischer Hinsicht bietet der Fall von Halban (27) grosses Interesse. Es entwickelten sich choreatische Zuckungen, besonders in der Musculatur des kranken rechten Ober- und Unterschenkels, am meisten aber in dem sonst völlig starren Fusse. Diese hielten 4 Wochen an. Nachdem alle tetanischen Erscheinungen verschwunden, blieben noch Dauercontracturen im Knie- und Fussgelenk über 18 Wochen bestehen.

Calmette (Lille) (25) hielt in London einen Vortrag über präventive Impfung mit einem von ihm hergestellten Serum gegen Schlangenbiss. Die Versuche sind an Kaninchen gemacht.

Dunbar-Brunton (26) stellt die grosse Verwandtschaft der Wirkungen des Giftes giftiger Fische bei Berührung mit Warmblütern mit der Wirkung von Schlangengift auf Warmblüter fest. Es ist ein Alkaloid, das freilich bisher noch nicht isolirt werden konnte.

[Rabek, L., Ein mit Antitetanin behandelter Fall von traumatischem Tetanus. Heilung. Kronika lekarska. No. 24.

Bei einem 6jährigen, stark rachitischen Knaben stellten sich 14 Tage nach einer Verletzung der rechten grossen Zehe mit einem Holzspane Symptome eines allgemeinen Tetanus ein. Eine Injection von 10 ccm Antitenanin (bezogen aus dem Pasteur'schen Institute) blieb ohne jedweden sichtbaren Erfolg. Am folgenden Tage wurden 20 ccm injicirt, worauf die hochgradige Reflexerregbarkeit abzunehmen begann. Nach weiteren 4 Tagen wurden abermals 20 ccm injicirt, worauf sich der Zustand rapid besserte und Patient genas.

Trzebicky (Krakau).]

Actinomycose. Die vorliegenden Arbeiten enthalten eine Reihe interessanter Fälle, principiell Neues findet sich darin nicht. Knox (34) beschreibt einen typischen Fall von Actinomycose der Wange, der tödtlich verlief. Autopsiebefund und die Resultate der histologischen Untersuchung ist mitgetheilt.

In der Discussion referirt Maylard über eine Actinomycose der Appendix.

In den Fällen von Pringle (38) und Duckworth (31) begann die Erkrankung als Pleuritis, infiltrirte in ausgedehntem Masse die Thoraxwand und bildete einmal (Pringle) mächtig fungöse Wucherungen auf der Haut des Rückens, besonders an den Fistelöffnungen. (Illustration mit farbiger Tafel.)

Auch der zweite Fall von Marchand (36) begann als Pleuritis und wurde wegen Empyem operirt; an progredienter Eiterung und multiplen Metastasen ging

der Pat. zu Grunde. Als wahrscheinliche Eingangspforte fand M. ein perforirtes Ulcus im unteren Theile des Oesophagus — ganz ähnlich, wie er es schon einmal gesehen hatte. Fall vom 3. Juli 1895.

Nach Brunner (30) sind in der Schweiz im Laufe von 10 Jahren 35 Fälle von Actinomycose publicirt worden, er fügt 7 neue Fälle hinzu und bespricht besonders die Diagnose; B. ist für operatives Eingreifen, von Jodkalium hat er nichts gutes gesehen.

Korff (35) theilt einen Fall von Schinzinger mit, der mit 60 Incisionen und über 100 Einspritzungen von Carbol, Sublimat und Jodoform im Laufe von mehreren Jahren geheilt wurde.

Jurinka (33) kommt nach Untersuchungen auf der Wölfler'schen Klinik an drei Fällen zu der Ansicht, dass Jodkalium den Pilz nicht tödtet, wohl aber seine Entwicklung hemmt.

Der Versuch, mit Tuberculin Heilung bei Actinomycose herbeizuführen, ist Friedrich (32) in einem nach jeder Hinsicht genau beobachteten Falle völlig misslungen; er hält das Tuberculin für kein Heilmittel bei Actinomycose und glaubt, dass in diesem Sinne gedeutete Heilvorgänge bei der wechselnden Tendenz spontaner Ausheilung als Irrthümer zurückgewiesen werden müssen.

[Kozerski, A., Ein Fall von Actinomycose der Haut, behandelt mit grossen Dosen Jodkali. Medycyna. No. 24 u. 25.

Eine 45jährige, sonst gesunde Bäuerin suchte beim Verf. wegen eines seit mehreren Monaten bestehenden Leidens der linken Gesichtshälfte Hilfe. Die Haut war daselbst dunkelroth, stellenweise violett, derb infiltrirt, dem Knochen jedoch nicht adhärent. Stellenweise von kleinen Abscessen herrührende Fluctuation, ausserdem mehrere Fistelöffnungen, aus welchen dicker, gelber Eiter hervorquillt. Fast complete Mundsperre, die Mehrzahl der Zähne cariös. Die microscopische Untersuchung des Eiters mit Tingirung nach Gram ergab das für Actinomycose characteristische Bild. Patientin bekam 4—14 g Kali jodatum pro die, worauf das Infiltrat an der Wange zusehends zu schwinden begann. Aus den einzelnen Fisteln entleerte sich reichlicher Eiter, ebenso gingen zahlreiche bisher nicht eröffnete Abscesse spontan auf, um dann rasch in wenigen Tagen zu verheilen. Der aus diesen Abscessen entnommene Eiter wurde mit positivem Resultate auf Agar geimpft. Während das primäre Leiden fast vollständig geheilt war, und die Wange ein nahezu normales Aussehen bekommen hatte, bekam Patientin eine ac. eitrige Otitis media mit consecutiver Phlegmone der ganzen Gesichtshälfte. Aus dem Ohre sowie aus zahlreichen frisch angelegten Oeffnungen ergoss sich reichlich Eiter. Patientin erhielt täglich 2 g Jodkali per anum, worauf der Process rasch schwand und bis auf 3 kleine Fistelöffnungen, aus welchen sich Actinomyces-körnchenhaltiger Eiter entleerte, vollständige Heilung erfolgte. Patientin entzog sich der weiteren Behandlung.

Trzebicky (Krakau).]

V. Verletzungen, Verbrennungen, Gangrän.

1) Beauxis-Lagrave, De l'emploie de l'acide picrique dans le traitement des brûlures. Gaz. hebdom. No. 91. — 2) Carossa, Carl, Systematische Erhaltung der Gliedmaassen bei ausgedehnter Zerquetschung derselben. Münch. med. Wochenschr. No. 6. — 3) Dorst, J., Over den Invloed van het Haematom op het optreden van infectie in de Chirurgie. Nederl. Tijdschr. 3. Oct. — 4) Gericke, Max, Ueber spontane Gangrän. Inaug.-Diss. Halle a/S. — 5) Haegler, C. S., Ueber Sehnenverletzung an Hand und Vorderarm. (S.-A.) gr. 8. Tübingen. — 6) Kochler, Th., Die Verletzungen der Wirbelsäule, zugleich als Beitrag zur Physiologie des menschlichen Rückenmarks. Mitth. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir. 1. Bd. — 7) König, Friedr., Ueber diabetischen Brand. Berl. klin. Wochenschr. No. 25. — 8) Leusser, Ueber Carbolgangrän. Münch. med. Wochenschr. No. 15. — 9) Lindner, Ueber diabetischen Brand. Berl. klin. Wochenschr. No. 34. — 10) Moty, Sur une série de douze mutilations du membre supérieur. Bull. et mém. soc. chir. p. 773. — 11) Nassauer, Beitrag zu den Pfählungs-Verletzungen. Münch. med. Wochenschr. S. 1230. — 12) Drouard, Luxation du nerf cubital. 8. Paris. — 13) Plücker, Vorschläge zur conservativen Behandlung bei frischen Verletzungen. Arch. f. klin. Chir. 53. Bd. Heft 2. — 14) Probst, Recherches sur l'infection des plaies par armes à feu. Inaug.-Diss. Bern. — 15) Rhein, Georg, Einiges über Verbrennungen und deren Behandlung im Anschluss an 7 auf der chirurgischen Universitäts-Klinik zu Greifswald behandelte Fälle. Inaug.-Diss. Greifswald. — 16) Scharff, Heinr., Ueber den ätiologischen Zusammenhang von Trauma mit der Entstehung 1. von Knochen- und Unterhautzellgewebseiterungen, 2. von tuberculösen Knochen- und Gelenkeiterungen, 3. von Neubildungen. Inaug.-Diss. Würzburg. — 17) Terrier et Auvray, Les Traumatismes du foie et des voies biliaires. Rev. de Chir. No. 10. — 18) Trier, Zwei Fälle von Gangrän der Finger nach Verätzung. Therap. Monatshefte. Febr. — 19) Walton, Paul, Ueber die Behandlung von Brandwunden mit Aristol. Wien. med. Presse. No. 24.

Moty (10) hat 12 Gefangene der Annamiten behandelt, denen die Hand mit dem Beil abgehackt wurde. Trotz schwerster septischer Infection und ausgebreiteter Phlegmonen blieb M. bei streng conservativer Behandlung in Bezug auf die wenig kunstgerechte Amputationswunde. Das schliessliche Resultat war ein erfreulich gutes — die Amputationsstümpfe liessen wenig zu wünschen übrig.

Durch ausgedehnte Resectionen aus der Continuität langer Röhrenknochen (bis zu einem Drittel der Länge) ist es Bardenheuer gelungen, wie Plücker (13) berichtet, bei schweren Zertrümmerungen der Extremitäten eine conservative Behandlung mit Glück durchzuführen, wo sonst die primäre Amputation angezeigt war. Grundbedingung ist die Herstellung einer aseptischen Wundfläche durch gründliche Excision der zertrümmerten Weichtheile unter Blutleere.

Bei ähnlichen Verletzungen empfiehlt Carossa (2) durch die permanente Irrigation die zunächst mechanisch gereinigte Wunde aseptisch zu gestalten. Die Wunde wird mit hydrophilem, mit Antiseptica getränktem Verbandstoff ausgelegt und das Glied eingewickelt. Alle halbe Stunden soll dann dünne Sublimat- oder Creolinlösung über den Verband gegossen werden, um die angesaugten septischen Stoffe fortzuschwemmen. Bei schon eitrig inficirten Wunden soll verdünnter Alcohol über den Verband gegossen werden (!).

Nassauer (11) giebt den Bericht über einen bei conservativer Behandlung günstig verlaufenen Fall von Pfählungsverletzung, wobei der Darm mit perforirt war.

Terrier und Auvray (17) geben in einem ersten

ausführlichen Theile die Besprechung der Leberverletzungen: der Schusswunden, Stichwunden und Quetschwunden. Die letzteren, directe und indirecte (durch Contre-coup entstandene), erfahren ihrer Variabilität halber besonders genaue Berücksichtigung. Von 151 Quetschwunden entstehen 52 durch Contre-Coup. Bei den Stichverletzungen wird der Fall Carnot besonders ausführlich referirt.

Bei der Symptomatologie sind zu merken: Shock (Commotion abdominale), der leicht sein kann, aber auch oft rasch zum tödtlichen Ende führt; ferner: Blutung, Schmerz (Hepatalgie), selten Icterus als Anfangssymptom, selten Glycosurie, Verdauungsstörungen, Singultus, Respirationsbeschwerden, Lebervergrösserung und hier und da Fieber.

Als indirecte Folge kann Eiterung, Abscessbildung und septischer Process entstehen; auch durch Embolie der zermalmten Lebermassen und Fettembolie drohen unmittelbare Gefahren.

Die Mortalität beträgt durchschnittlich 66,8 pCt.

Die sofortige Laparotomie ist dringend zu empfehlen — denn damit sind die besten Resultate erzielt worden, weil die imminente Verblutungsgefahr durch Naht oder Tamponade beseitigt werden kann.

Verbrennungen werden auf der Greifswalder Klinik nach Rhein (15) zunächst mit gründlicher Reinigung mit Seife und Bürste behandelt, dann Jodoformgaze aufgelegt oder Zinkoxyd angewandt.

Walton (19) empfiehlt dringend bei Verbrennungen das Aristol, — entweder bei wenig ausgedehnten und oberflächlichen Wunden in Pulverform oder bei tieferen granulirenden Wunden als A.-Salbe. Die geringe Giftigkeit, bei ausreichender desinficirender Kraft, die Anregung der Granulationsbildung und die Vascularisation sollen seine Vorzüge sein.

Beauxis-Lagrave (1) stimmt Arloing bei in der Empfehlung der Picrinsäure bei Verbrennungen. Abweichend von A. benutzte B. folgende concentrirtere Lösung:

Acid. pier.	5,0,
Alcoh. 65°	50,0,
Aq. dest.	950,0.

Mit dieser Lösung wird Gaze getränkt und aufgelegt. Verbandwechsel alle 3 Tage. Vergiftungen nicht beobachtet; die Schmerzstillung ist eine unmittelbare.

Benson construirt über die Verbrennungswunde eine Art Gehäuse und machte reichliche und häufige Irrigation. (Vgl. Wundbehandlung.)

Die Gangrän in ihren verschiedenen Formen, besonders bezüglich der Aetiologie, unterzieht Gericke (4) einer Besprechung. Es bleiben nach ihm immer noch Fälle übrig, deren Entstehung uns dunkel bleibt und die wir wohl als Fälle „spontaner Gangrän“ bezeichnen dürfen.

Der diabetischen Gangrän widmet König (7) einen kurzen Artikel. Er glaubt, dass der diabetische Brand wesentlich auf dem Boden der Arteriosclerose entstehe. Für die Behandlung kommt in erster Linie in Betracht die antidiabetische Diät; sodann muss der feuchte Brand durch austrocknende Verbände in die Mumification übergeführt werden; feuchte, desinficirende Verbände sind zu widerrathen. Unter Umständen ist die frühzeitige, aseptisch ausgeführte hohe Amputation angezeigt. — Lindner (9) stimmt den Ausführungen König's zu und giebt ebenso wie Lewin in der Discussion einige interessante Notizen über die diabetische Gangrän.

Von Carbolgangrän giebt Leusser (8) drei interessante Fälle bekannt, wo eine nur 2proc. Carbolsäure hinreichte, den Brand zu erzeugen. Es war trockener Brand aufgetreten, dessen Zustandekommen L. der wasserentziehenden Eigenschaft des Carbols und der leichteren Verdunstung der macerirten Haut zuschreibt. — Die Literatur ist sorgfältig benutzt und in der Arbeit zusammengestellt.

Auch Trier (18) sah einen Fall von Carbolgangrän und einen zweiten, den er der ätzenden Wirkung angefeuchteter Holzasche zuschreibt.

[Trzebicky, R., Zur Behandlung der spontanen Gangrän der Extremitäten. Przeglad lekarsky. No. 42 und 43.

Auf Grund der in der Literatur vertretenen Ansichten verschiedener Autoren, sowie seiner eigenen Erfahrung sieht Verfasser bei Behandlung der senilen und diabetischen Gangrän das exspectative Verhalten mit genauer und präciser Einhaltung der modernen Antisepsis als das Normalverfahren an. Nur in jenen Fällen, in welchen aus socialen oder constitutionellen Ursachen eine längere Behandlung mit Bettruhe unzulässig ist, oder in welchen rasende Schmerzen den Organismus zu untergraben drohen, oder wo schliesslich trotz genauer Antisepsis die Symptome einer allgemeinen septischen Infection oder diabetischen Intoxication anhalten, da tritt wohl die rasche primäre Amputation in ihre Rechte. **Trzebicky** (Krakau).]

VI. Plastik und Transplantation.

1) Bardenheuer, Ueber Transplantation der Spina scapulae zum Ersatz der oberen Humerushälfte. Arch. f. klin. Chir. 53. Bd. Heft 2. — 2) Barth, Arthur, Ueber künstliche Erzeugung von Knochengewebe und über die Ziele der Osteoplastik. Berl. klin. Wochenschr. No. 1. — 3) Cramer, Karl, Ueber osteoplastische Knochenspaltung. Arch. f. klin. Chir. 53. Bd. Heft 2. — 4) Forgue, E., Des Greffes d'Ollier-Thiersch. Leur technique. (Greffes Dermo-épidermiques.) Montpellier méd. 4. — 5) Hirschberg, Zur Frage der Wiederanheilung vollständig vom Körper getrennter Theile. Centralbl. f. Chir. No. 9. — 6) Krause, F., Zur Verwendung grosser ungestielter Hautlappen. Ebendas. No. 12. — 7) Kronacher, Zum gegenwärtigen Stand der Osteoplastik. Münch. med. Wochenschr. No. 12. — 8) Möller, Carl, Ueber histologische Vorgänge bei Knochentransplantationen. Inaug.-Dissert. Halle a S. 1895. — 9) Mossé, A., Nouvelles recherches sur la Greffe osseuse hétéroplastique. Arch. de physiol. I. — 10) Reclus, Paul, Greffe italienne et greffe de Thiersch. Bull. de mém. soc. chir. p. 556. — 11) Sur les greffes de Thiersch. Discussion. Ibid. p. 567. — 12) Teacher, J. H., Two cases illustrating the value of skin grafting and transplantation of skin. Glasgow Journ. Vol. XLVI. No. 4. — 13) v. Zoege-Manteuffel, Ueber Narbenunterfütterung. Petersb. med. Wochenschr. No. 4.

Ueber osteoplastische Operationen berichtet Bardenheuer (1), dem es gelungen ist, Defecte des

oberen Theiles des Humerus, einmal in Folge von Osteomyelitis, das andere Mal nach Resection wegen Tuberculose, zu ersetzen durch die abgemeisselte Spina scapulae sammt Acromion, die durch Stieldrehung in den Defect implantirt wurde. Der Erfolg war befriedigend und von Dauer.

Derselbe hat nach Cramer (3) in einer grossen Zahl von Fällen fehlende Metacarpi und Metatarsi, auch durch Osteomyelitis völlig verloren gegangene Vorderarmknochen etc. durch Längsspaltung der benachbarten Metacarpus resp. Metatarsus oder Vorderarmknochen Material zum osteoplastischen Ersatz gewonnen und damit meist gute functionelle Resultate erzielt.

Barth (2) hält ausgeglühte Knochensubstanz im Defecte implantirt als ein vorzügliches Mittel, um die Regeneration des Knochengewebes zu beschleunigen. Die Zellen resorbiren sehr rasch das kalkhaltige Material und benutzen es direct zum Aufbau von osteoidem Gewebe; selbst nach Einheilen der Knochenkohle in Weichtheilen gelingt es, Knochenneubildung anzuregen.

In einem sehr grossen Fibuladefect hat Kronacher (7) ein grosses Stück Elfenbein mit Glück eingeheilt; wie das Präparat zeigte, war es ganz fest eingebettet.

Die experimentellen Untersuchungen Barth's (s. 1894) sind von Möller (8) nachgeprüft und bestätigt worden. Er fand, dass unter denkbar günstigen Bedingungen replantirte Knochenstückchen schwere Störungen in ihrer Lebensfähigkeit erleiden und nach und nach durch neugebildeten Knochen substituirt werden. Der neugebildete Knochen schliesst sich in seiner Gestaltung eng an die Form des implantirten Stückes an, das er als sehr brauchbares Bildungsmaterial benutzt. Vom klinischen Standpunkt aus ist deshalb doch lebender Knochen zur Implantation jedem anderen Material vorzuziehen.

Zu ganz entgegengesetzten Resultaten gelangt Mossé (9), über dessen frühere Arbeiten im verfloss. Jahrgang referirt ist. M. hat durch Trepanation gewonnene Knochenstücke zwischen Affen, Kaninchen und Katzen ausgewechselt. In den meisten Fällen sind die Knochenstücke eingeheilt, besonders wenn sie von jungen Thieren stammten. Die microscopische Untersuchung injicirter Präparate ergab, dass schon sehr bald (nach einigen Monaten!) eine Gefässverbindung mit der Transplantation sich etablirt hatte, und dass somit der Knochen lebend eingeheilt war im Schädel einer andern Thierart.

Paul Reclus (10) empfiehlt bei grossen Substanzverlusten die italienische Methode und die Thiersch'sche Art der Hautverpflanzung so zu combiniren, dass zunächst durch Verpflanzung eines gestielten Lappens ein solides Centrum gebildet wird, das nicht leicht zu Ulceration neigt und den Rest dann mit Thiersch-schen Hautlamellen zu decken.

Teacher (12) zieht die Ueberpflanzung von Hautlappen ganzer Dicke vor, wegen des schliesslich natürlicheren Aussehens der geheilten Partien.

Hirschberg (5) benutzt zum Ersatz verloren gegangener Haut völlig abgetrennte Hautstücke mitsammt ihrem Unterhautzellgewebe und Fettpolser; er reclamirt die Priorität hierfür gegenüber Krause (6), der Haut ohne die Subcutis überpflanzt.

Eine tief eingezogene Narbe am äusseren Augenwinkel mit Ectropium, in Folge von Caries der Jochbogen, verbesserte Zoege (13) durch subcutane Einpflanzung (Verschiebung) eines gestielten Fettlappens.

VII. Neubildungen.

A. Gutartige Neubildungen.

1) Aievoli, Eriberto, Contribuzione alla Chirurgia dell' Apparato Glandolare linfatico ed allo Svuolumento tipico della fossa Inguino-Crurale. Morgagni. XXXVII. No. 6. 1895. — 2) Audain, Fibrome récidivant d'origine traumatique. Bull. mém. soc. chir. p. 469. — 3) Benneeke, Erich, Beitrag zur Kenntniss der centralen epithelialen Kiefergeschwülste. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 42. — 4) Crévelli, Exostose de la fosse iliaque externe. Rev. de Chir. — 5) Dietrich, A., Ueber die Beziehungen der malignen Lymphome zur Tuberculose. Bruns' Beiträge zur klin. Chir. Bd. XVI. — 6) Fürnrohr, Wilh., Erfolge der Exstirpation tuberculöser Lymphdrüsen. Inaug.-Dissert. Erlangen. — 7) Gade, F. G., Falsche Geschwulstrecidive, verursacht durch Einheilung von aseptischen Fremdkörpern (Verbandstoffen). Deutsche medicinische Wochenschr. No. 27. — 8) Grossmann, Fritz, Ueber die axillaren Lymphdrüsen. Inaug.-Diss. Berlin. — 9) Kummer, Les kystes salivaires de la muqueuse labiale; nature et traitement. Rev. med. de la Suisse rom. Juin. — 10) Lücke und Zahn, I. Allgemeine Geschwulstlehre. Dtsch. Chirurgie. Stuttgart. — 11) Le Dentu, Des rapports de la leucokératose avec l'épithélioma. Rev. de chir. No. 12. — 12) Martin, E., Beitrag zur Lehre von den traumatischen Epithelcysten. Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 43. — 13) Mierendorf, R., Ueber die Osteome der Nasenhöhle, nebst Beschreibung eines vom Siebbein ausgehenden Osteoms. Inaug.-Diss. Greifswald. 1895. — 14) Paviot et Gallois (Lyon), De la véritable nature du chloroma. Soc. de biologie. 14. Nov. — 15) D'Arcy Power, Remarks on Cystic Lymphangioma in childhood: its differential diagnosis and treatment. Brit. medic. Journal. May 16. — 16) Sadeck, P., Ueber posttyphöse Eiterung in einer Ovarialcyste. München. medicin. Wochenschrift. Ref. Cbl. f. Chir. 807. — 17) Spencer, W. G., Introduction to a discussion on Lymph-Adenoma and its relation to other morbid growths. Brit. med. Journ. Jan. 18. — 18) Stieda, H., Ueber das verkalkte Epitheliom. Bruns' Beiträge. XXIII. — 19) Syynos, Ph., Contribution à l'étude des nouveaux traitements des adénites tuberculeuses. Paris. 1895. — 20) Thorn, Julius, Ueber die Entstehung von Ganglien. Arch. für klin. Chir. 52. Bd. Heft 3. — 21) Trapp, Ueber einen seltenen Fall von Osteom der oberen Tibiaepiphyse mit Betheiligung des Kniegelenkes. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 43. — 22) Fordyce, Angiokeratoma of the scrotum. Journ. of cut. and gen.-urin. diseas. Mars.

Stieda (18) publicirt drei von ihm histologisch genau untersuchte Fälle von „verkalktem Epitheliom". Er bezieht sich dabei speciell auf die Arbeiten von Denecke und Perthes. St. kann aber der Ansicht von Perthes, dass die beschriebenen Tumoren als Endotheliome aufzufassen seien, nicht beipflichten, sondern stimmt vielmehr Denecke zu, der an der

alten Bezeichnung festhält, die den epithelialen Ursprung des Tumors und zwar wahrscheinlich von den epithelialen Gebilden der Haut resp. versprengten Epithelkeimen festhält. Der von Perthes beschriebene Tumor war freilich ein Endotheliom, doch geht er zu weit, das Vorkommen verkalkter Epitheliome überhaupt zu leugnen.

Power (15) beschreibt einen Fall von Lymphangioma cysticum der Wange und des Nackens bei einem Kinde, bei dem durch Operation ein gutes Resultat erzielt wurde.

Die zwei centralen epithelialen Kiefergeschwülste, die Bennecke (3) sorgfältig unter Marchand in histologischer Hinsicht verarbeitet hat, sind von der Schmelzanlage ausgegangen und entstammen verschiedenen Entwickelungsstufen dieses Organs. Die neuere Literatur über diese interessanten Geschwulstarten ist berücksichtigt, — einige Tafeln illustriren die microscopischen Befunde.

Thorn (20) bestätigt durch seine Untersuchungen die Auffassung von Ledderhose, wonach die Ganglien nicht als Retentionscysten aufzufassen sind, sondern als Cystome im paraarticulären Gewebe in gallertiger Degeneration begriffen. Entgegen L. findet Th. aber kein Endothel als Auskleidung des Ganglion.

Crevelli (4) berichtet über eine Exostose in der Fossa iliaca externa;

Bei einem 33jährigen Manne bildete sich nach einem Trauma unter heftigen Schmerzen in der l. Glutäalgegend, die nach dem Schenkel zu ausstrahlten, eine auffallende Deviation der Wirbelsäule; durch Contractur der rechtsseitigen Lumbalmuskeln war der Körper ganz nach rechts gezogen. Durch Operation wurde eine nicht sehr grosse Exostose an der Incisura ischiad. entfernt, die den N. glutaeus superior comprimirt. Es trat völlige Heilung ein.

Die recidivirenden Fibrome traumatischen Ursprungs, die Audain (2) in Haïti so häufig bei Negerinnen, seltener bei Mulattinnen beobachtet hat, fast ausschliesslich von den Ohrringlöchern ausgehend, dürften zweifelsohne nach unserer Auffassung zu der Gruppe der Keloide zu rechnen sein.

Martin (12) sah nach der üblichen Operation des eingewachsenen Nagels zweimal Epithelcysten an den Zehen sich entwickeln. Er glaubt, und das dürfte wohl zutreffend sein, dass diese Cysten sich aus zurückgelassenen Resten des Nagelbettes entwickelt haben, über denen die Wundfläche der Sectionsstelle p. p. verheilt ist; er stellt deshalb diese Cysten in die Gruppe der traumatischen Epithelcysten nach Garrè.

Le Dentu (11) constatirt, dass, wie bekannt, die Leucoplasie der Mundschleimhaut, der Lippen und der Vagina sehr häufig der Vorläufer eines Epithelioms ist. Dass ein aetiologischer Zusammenhang existirt, geht aus mehreren Thatsachen hervor, vor allem auch aus dem multiplen, wenn auch der Zeit nach durch Jahre getrennt, Auftreten solcher Cancroide an Stelle psoriatischer Plaques. Der malignen Umwandlung geht gewöhnlich eine Abstossung der verhornten Schichten voraus, bedingt durch Infiltration des Untergrundes mit Rundzellen, die freilich auch ohne dies stattfinden kann.

Die Prognose dieser Epitheliome ist den anderen gegenüber im Allgemeinen gewiss eine bessere. Von 11 Fällen sind 4 nach 8 und 11 Jahren recidivfrei geblieben. Therapeutisch soll möglichst früh zum Messer gegriffen werden und zwar immer wenn die Plaques sich verändern durch Infiltration des Bodens, Papillombildung, Schrunden- oder Geschwürsbildung.

Fürnrohr (6) hat 126 Fälle von tuberculösen Lymphomen der Erlanger Klinik bez. der operativen Erfolge untersucht. 41,4 pCt. können als geheilt betrachtet werden, in 33,3 pCt. trat Recidiv ein, gestorben sind im Laufe weniger Jahre nach der Operation 26,4 pCt.

Der grösste Theil der operirten Kranken stand im Alter zwischen 15 und 30 Jahren, nämlich 76,1 pCt. Lungenaffection war vor der Operation in nahezu einem Drittel aller Fälle nachzuweisen. — Die erzielten Enderfolge berechtigen F. zu einer dringenden Empfehlung der operativen Behandlung tuberculöser Lymphome.

Auch Aievoli (1) tritt für die Ausräumung der Drüsenpackete der Inguinalgegend ein, indem er die günstigen Resultate gegenüber anderen therapeutischen Maassnahmen, besonders bei der Tuberculose hervorhebt.

Grossmann (8) bringt sehr sorgfältige Untersuchungen der Lymphdrüsen und Lymphgefässe in der Axilla und den damit in Verbindung stehenden Supra- und Infra-Claviculardrüsen. Für die practische Chirurgie zieht er aus seinen anatomischen Untersuchungen die rigorösen Postulate, dass bei Mamacarcinom mit Erkrankung der Infraclaviculardrüsen, ausser der Toilette der Axilla und der Fossa infraclavicularis auch die Ausräumung der Supraclaviculargrube unter temporärer Resection der Clavicula nach Madelung gemacht werden soll.

Dietrich (5) kommt in seiner Arbeit über die malignen Lymphome zu folgenden Ergebnissen:

1. Er giebt Combinationen von malignen Lymphomen mit Tuberculose der Drüsen und anderer Organe; ein aetiologischer Zusammenhang ist nicht anzunehmen.

2. Die klinische Differentialdiagnose zwischen beiden Formen ist oft sehr schwer zu stellen; es giebt eine Drüsentuberculose, die ganz unter dem Bilde des malignen Lymphoms verläuft, ohne Aufbruch und Erweichung, während umgekehrt das maligne Lymphom zu Necrose und Erweichung führen kann.

3. Zur Diagnose ist die histologische Untersuchung erforderlich, wobei das Vorkommen eosinophiler Zellen ein wichtiges Merkmal abgeben kann, indem diese bei malignen Lymphomen zahlreich, nur vereinzelt in tuberculösen Drüsen vorkommen.

B. Bösartige Neubildungen. Serumtherapie.

1) Adamkiewicz, Albert, Ueber einen weiteren, mit Cancroin erfolgreich behandelten, besond. schweren Carcinomfall. Wien. med. Wochenschrift. No. 15. — 2) Arloing und Courmont, Sur le traitement des tumeurs malignes de l'homme par les injections de serum de l'âne normal ou préalablement inoculé avec du suc d'épithéliome. Bull. de l'acad. 19. p. 517. —

3) Butlin, Henry T. and F. E. A. Colby, On Sarcoma of the bones of the thigh and leg. Barthol. Hosp. Rep. Vol. 31. — 4) Cheyne, W. Watson, Lettsomian lectures on the objects and limits of operations for cancer. (3 Lectures.) Brit. med. Journ. Febr. 15 und März. — 5) Coley, William B., The therapeutic value of the mixed toxins of the streptococcus of erysipelas and bacillus prodigiosus in the treatment of inoperable malignant tumors. Americ. Journ. Sept. — 6) Ebermann, A. A., Beitrag zur Casuistik der melanotischen Geschwülste. Deutsche Ztschr. f. Chirurg. Bd. 43. — 7) Eigenbrodt, Ueber Geschwulstbildung im Bauchhoden. Festschr. für Benno Schmidt. — 8) Eliot, E. F., Recurrent mixo-sarcoma of the scapula in a patient aged seventy-six years; (removal of clavicle, scapula, and arm; recovery.) Lancet. No. 7. — 9) Fahlenbock, Wilh., Centrales Riesenzellensarcom des Calcaneus. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 42. — 10) Felix, J., De l'étiologie des affections cancéreures et de leur traitem. 8. Paris. Soc. d'edit. scient. — 11) Glücksmann, Georg, Ueber die Bacteriotherapie der bösartigen Neubildungen u. ihre Grundlagen. Münch. med. Wochenschr. No. 5. — 12) v. Jaksch, Ueber die Behandlung maligner Tumoren mit Erysipelserum v. Emmerich-Scholl. Mitth. aus den Grenzgeb. d. Med. und Chirurg. 1. Bd. — 13) Jona, La sieroterapia del cancro. Raccoglitore med. 30. Mai. — 14) Jürgens, Experimentelle Untersuchungen über die Aetiologie der Sarcome mit Demonstrationen. Verhandlg. der dtsch. Ges. f. Chir. S. 85. 30. Mai. — 15) Koch, Friedrich, Zur Frage der Behandlung der malignen Neoplasmen mittels Erysipeltoxins. Deutsche med. Wochenschr. No. 7. 13. Febr. — 16) Lartschneider, Jos., Ein Beitrag zur Casuistik der Krebsserum-Behandlung. Wien. klin. Wochenschr. No. 29. — 17) Lewis, Daniel, Notes on the management of incurable cases of cancer. Med. News. No. 19. — 18) Lohmann, Johannes, Drei Fälle von Sarcom des Oberschenkels. Inaug. Diss. Erlangen. 1895. — 19) Mandry, Ueber die bisherigen Erfolge der internen Therapie maligner Geschwülste. Wüttbg. Correspbl. 8. August. — 20) Opitz, E., Ueber die Veränderungen des Carcinomgewebes bei Injectionen mit „Krebsserum" (Emmerich) und Alcohol. Berl. klin. Wochenschr. No. 34. — 21) Petersen, Klinische Beobachtungen bei der Bacteriotherapie bösartiger Geschwülste. Arch. f. klin. f. Chir. 53. Bd. und Chir. Congress. Mai. Discussion: Rosenberger und Senger. — 22) Pospelow, Ein Fall von erfolgreicher Arsenmedication bei Hautsarcom. Arch. für Dermat. und Syph. Bd. 34. Cbl. Chir. S. 712. — 23) Rydygier, Zur Technik möglichst radicaler Exstirpation der Carcinome. Wien. klin. Wochenschr. No. 5. 30. Jan. — 24) Senn, N., The treatment of malignant tumors by the toxins of the streptococcus of erysipelas. Journ. of the Americ. med. Assoc. Chicago. Juli. 1895. — 25) Snow, Herbert, Opium and cocaine in the treatment of cancerous disease. Brit. med. Journ. Sept. 19. — 26) Walter, M., Ueber das multiple Auftreten primärer, bösartiger Neoplasmen. Inaug. Diss. Berlin. — 27) Wiggin, Frederick Holme, The necessity of complete exstirpation of tumors and the importance of rapid cicatrization of the wound. Meeting of the New York State. Med. Association. 16. Oct. 1895.

Watson Cheyne (4) spricht in drei Vorträgen ausführlich über die Grenzen der operativen Eingriffe wegen Carcinom. Er acceptirt zunächst die von Volkmann aufgestellte Grenze von drei Jahren, die, wenn recidivfrei als der Heilung entsprechend angesehen werden kann, obschon ihm selbst mannigfache Ausnahmen von dieser Regel bekannt sind. Er zeigt sodann, wie durch gründlicheres operatives Vorgehen durch Exstirpation des ganzen dem carcinomatös erkrankten Theil entsprechenden Lymphgebietes die Procentsätze der definitiven Heilungen sich namhaft gesteigert haben. Als specielle Themata für seine Abhandlung geht Verf. sodann ein auf das Mammacarcinom. Bei seinen Operationen hat er 57 pCt. Heilungen zu verzeichnen. (Die Gesammtzahl der Operirten ist klein.) Ferner behandelt er die Carcinome des Pharynx und des Kehlkopfs. In sorgfältiger Uebersicht sind 172 Fälle solcher Carcinome von verschiedenen Autoren gesammelt und zu Schlussfolgerungen verwerthet. In einem letzten Capitel handelt er in Kürze die Carcinome der Intestinaltractus ab.

Rydygier (23) meint die Verbesserung der operativen Technik bei Carcinomen sei dahin anzustreben, dass bei jedem Carcinom nicht nur der primäre Herd und die inficirten Drüsen zu exstirpiren seien, sondern auch die verbindenden Lymphgefässe sammt dem sie umgebenden Gewebe regelmässig und grundsätzlich zu entfernen seien. Er hat dies beim Lippencarcinom und bei einem Peniscarcinom befolgt.

Butlin und Colby (3) geben ein kurzes Resumé über 35 in den letzten 10 Jahren behandelte Sarcome der unteren Extremität, 22 subperiostale, 13 centrale. Mit Hinzuziehung der 1882 von Butlin publicirten verfügen die Autoren über **119** Fälle, davon 71 des Femur, 43 der Tibia und 5 der Fibula. Bezüglich des Alters ist das zweite Decennium mit 35, das dritte mit 34 Fällen vertreten, während schon das nächste Jahrzehnt auf 16, resp. 13 Fälle abfallen. Das subperiostale Sarcom hat eine schlechtere Prognose als das myelogene; auch die Erkrankung des Femur zeigt grössere Neigung zu Metastasen als die der Tibia. Ueber 40 Fälle, die die Operation überstanden, liegen Notizen vor, 33 sind Metastasen erlegen, 7 leben noch und zwar 4, 9 Monate bis 2 Jahre nach der Operation, während 3 Patienten mehr als 3 Jahre recidivfrei als geheilt angesehen werden. Die histologische Structur schien bezüglich der Prognose ohne Einfluss zu sein.

Ebermann (6) giebt eine gut ausgearbeitete Casuistik über 30 melanotische Tumoren aus der Göttinger Klinik, es sind 26 Melanosarcome und nur vier melanotische Carcinome, diese letzteren alle im Rectum localisirt. Mehr als die Hälfte der Kranken stand in einem Alter von 40—60 Jahren. Lymphdrüsenmetastasen wurden nur zweimal vermisst. Von all' den Fällen sind nur zwei am Leben, recidivfrei und zwar 19 Monate und $3^1/_2$ Monate nach der Operation. — E. kann der Mahnung von Boulay, diese Tumoren überhaupt nicht operativ anzugreifen, weil die rasche Ausbreitung damit geradezu heraufbeschworen werde, nicht zustimmen.

Jürgens (14) hat Theile von Rundzellen-Sarcom und melanotischen Sarcomen, die der Leiche entnommen waren, auf Thiere (Kaninchen intraperitoneal) übergeimpft und dabei den Erfolg erzielt, dass nicht allein auf dem Peritoneum des Thieres, sondern auch in entfernten Organen (Auge, Nieren, Schädeldach, Lungen) Metastasen entstanden. In dem verimpften Material fand J. Protozoen. Er schliesst daraus, dass gewisse Formen der Sarcome zu den Infectionskrankheiten ge-

hören. Die Weiterimpfung von Thier zu Thier gelang auch, doch nicht so gut und schon in der 3. Generation war das Impfmaterial so abgeschwächt, wie es scheint, dass die Impfung erfolglos blieb.

Walter (26) behandelt die bisherigen Publicationen über multiple maligne Neoplasmen kritisch und fügt neue sorgfältig histologisch untersuchte Fälle hinzu. Er theilt sein Material wie folgt ein:

1. Fälle von multiplen, durch Krebsimplantation entstandenen Carcinomen. 2. Fälle von doppelseitigen Carcinomen in gleichartigen Organen (symmetrische Carcinome — Systemerkrankung). 3. Fälle von multiplen primären Carcinomen. a) in demselben, b) in verschiedenen Organen. 4. Fälle von multiplen, primären Sarcomen verschiedener Organe. 5. Fälle von Combination verschiedenartiger Neubildungen: a) in demselben, b) in verschiedenen Organen. — Für die letzteren Formen fehlt eine Erklärung; die Multiplicität von Carcinomen ist zurückzuführen auf die drei Momente, nämlich Krebszellenimplantation, die Multiplicität von Reizen und die Multiplicität der Geschwulstanlagen.

Snow (25) empfiehlt bei inoperabelem Carcinom fortgesetzt Opium und auch Cocain zu geben, in der Meinung, dass damit die rasche Ausbreitung und Metastasirung der malignen Geschwulst durch Hebung der Widerstandskraft des Körpers verzögert wird. Aus diesem Grunde, resp. um Recidive zu verhüten, beginnt er die Opium- resp. Cocaincur unmittelbar nach der ersten Operation des Carcinoms.

Für inoperable Carcinome nennt Lewis (17) eine Anzahl von anwendbaren Mitteln, die gegebenen Falles sich nützlich erweisen, wie Injection von 10 proc. alcoholischer Lösung von Anilinchlorid jeden 2. oder 3. Tag, Bestreuen ulcerirter jauchiger Carcinome mit Antipyrin, Aristol-Vaseline, Verband-Anwendung von Opiaten und endlich die Toxinbehandlung.

Ueber die Toxintherapie maligner Tumoren giebt Coley (5) einen ausführlichen Bericht über seine Methode und die damit gewonnenen Resultate. Er änderte mehrmals die Art der Herstellung seiner Toxinpräparate und kam in letzter Zeit dazu, kräftige Toxine bei der Therapie zu bevorzugen; er erhält sie, indem er zu einer virulenten 10 tägigen Streptococcencultur den Prodigiosus zuimpft und diese Mischcultur weitere 10 Tage im Brutschrank lässt, — dann wird die Culturbouillon bei 60 ° C. in einer Stunde sterilisirt und so nach Abtödtung der Coccen direct zu Injectionen benutzt, die sich als sehr giftig erwiesen. C. beginnt mit kleinen Dosen 0,066 ccm, steigt täglich, wenn die Höhe des Fiebers nicht eine Contraindication abgiebt. Zwei oder drei heftige Reactionen, Fieberstürme, per Woche sind ihm erwünscht — in seltenen Fällen ist die Therapie in dieser Art einige Monate fortgesetzt worden.

Er hat behandelt 94 Sarcome und 63 Carcinome.

Die besten Erfolge traten bei den Sarcomen zu Tage, indem in mehr als der Hälfte der Fälle eine Besserung des Zustandes constatirt wurde. Vier Fälle, von namhaften Chirurgen als inoperable Sarcome erklärt, sind $2^1/_2$—$4^1/_2$ Jahre recidivfrei und wohl als geheilt zu erklären. C. giebt die bedeutsamsten Krankengeschichten mit photographischen Reproductionen ausführlich wieder und schliesst auch daran eine Anzahl von anderen Collegen.

Weniger ermuthigend sind die Erfolge beim Carcinom. C. glaubt, dass voraussichtlich der Hauptwerth seiner Toxinbehandlung beim Carcinom dann zu Tage trete, wenn dasselbe unmittelbar nach der 1. Operation angewandt würde, um gewissermaassen prophylactisch gegen das Recidiv zu wirken. Im Uebrigen ist C. auch dafür, dass diese Toxintherapie ausschliesslich bei zweifellos inoperabeln Fällen zur Anwendung komme.

Petersen (21) hat auf der Heidelberger Klinik Heilversuche mit den nach Coley und den nach Emmerich hergestellten Toxinen resp. Streptococcenserum gemacht. Mit der Toxinmethode (Coley) wurden 27 Fälle behandelt (10 Carcinome und 17 Sarcome). Nur in einem bereits früher von Czerny mitgetheilten Falle schien eine Heilung erzielt zu sein — in allen übrigen Fällen traten wohl kleinere und grössere Erweichungen und Necrosen auf, niemals aber Heilung. — Das Emmerich'sche Krebsserum erwies sich in 7 Fällen ganz nutzlos, leider nicht ganz ungefährlich. Auch das Coley'sche Präparat erzeugte mehrfach bedenklichen Collaps und einmal den Tod.

In der Discussion erwähnen Rosenberger und Senger je einen Fall von Sarcomheilung durch Seruminjection.

Mit dem Coley'schen Präparate haben auch Senn (24) und Koch (15) Versuche angestellt bei inoperabeln Sarcomen resp. Carcinomen. Von einem therapeutischen Erfolge kann keiner berichten. Senn spricht von einheitlichen Misserfolgen, möchte jedem Collegen ähnliche Enttäuschungen erspart wissen.

Opitz (20) hat in einigen Fällen die durch Injectionen von Krebsserum und von Alcohol erzeugten Veränderungen im Carcinom studirt. Er findet destructive Veränderungen im Carcinomgewebe, nicht im Stroma und schliesst daraus auf eine deletäre Einwirkung auf die Carcinomparasiten. In dieser Hinsicht stellt er alle antiseptischen Mittel bezüglich ihrer Wirkung aufs Carcinom in gleiche Linie.

Vor der Anwendung des Erysipelserum warnt v. Jaksch (12); er hat in 5 Fällen nicht nur keinen Erfolg, sondern geradezu bedrohliche Erscheinungen beobachtet, wie schwerste Nephritis, heftige Schüttelfröste, Collaps.

Auch Mandry (19) erklärt die Emmerich'sche Serumtherapie als unwirksam und gefährlich. Die interne Therapie maligner Geschwülste kann nur bei inoperabeln Formen in Frage kommen — gesicherte Erfolge liegen von keiner der angewandten Arten interner Therapie vor.

Mit dem gleichen Serum sind in 6 Fällen auf der Albert'schen Klinik schlechte Erfahrungen gemacht worden.

Lartschneider (16) betont besonders die grosse Schmerzhaftigkeit der Einspritzungen.

Arloing u. Courmont (2) haben die im letzten Jahre von Richet u. Héricourt empfohlene Injection

von Blutserum vom Esel nachgeprüft und gefunden dass das „Carcinomserum" des Esels ohne Einfluss ist auf die Weiterentwicklung maligner Tumoren beim Menschen; eine vorübergehende Verkleinerung durch Abschwellung kommt freilich vor, lässt sich aber auch mit normalem Eselserum erzielen.

Jona (13) kommt zu einem ähnlichen Ergebniss; er hält aber einen prophylactischen Einfluss bezüglich des Recidivs für möglich, wenn das Mittel nach der Operation eingespritzt wird.

[1) Rydygier, L., Einige Bemerkungen über das Krebsserum von Emmerich und Scholl. Nowiny lekarskie. No. 10. — 2) Brunner, J., Ueber die mit thierischem Blutserum erzielten Resultate bei malignen Neubildungen. Medycyna. No. 43. — 3) Swiatecki, J., Ein Beitrag zur Serotherapie des Krebses. Przegl. chirurgiczny. Bd. III. Heft 2.

Auf Grund eigener an 3 inoperablen Fällen von Sarcom des Oberkiefers, und Chondrosarcoms des Beckens gesammelter Erfahrung spricht Rydygier (1) wohl mit vollstem Rechte dem Krebsserum von Emmerich und Scholl jeden curativen Einfluss ab.

Brunner (2) hat mit dem nach Richet und Hericourt präparirten Blutserum experimentirt und zwar dasselbe, das eine Mal einem Widder, das andere Mal einem Hunde entnommen. Dem ersteren Thiere wurde ein mit physiologischer Kochsalzlösung verriebenes und hierauf filtrirtes weiches Osteosarcom des Humerus in Quantitäten von 1—3 ccm in mehrtägigen Abständen, und später ein auf ähnliche Weise erhaltenes Präparat von einem Sarcom des Ovariums zu 5—10 ccm subcutan injicirt. Schliesslich erhielt das Thier noch einige Male 10—30 ccm eines von einem äusserst malignen Sarcom des Fusses gewonnenen Filtrates. Der Hund dagegen wurde durch ähnliche Application eines von einem Mammacarcinom angefertigten Extractes präparirt. Einige Tage nach der letzten Injection wurde aus der Carotis der Thiere unter präciser Einhaltung der Antisepsis Blut entnommen, nach 36 Stunden das Serum abfiltrirt und dasselbe dann nach Zusatz von etwas Carbolsäure und Chloroform in sterilen Kölbchen aufbewahrt. Mit dem so bereiteten Serum wurden Versuche an mit inoperablen malignen Neoplasmen behafteten Kranken durchgeführt, und gelangt Verf. auf Grund derselben zu folgenden Schlüssen.

1) Die Injection von 3—10 ccm eines auf die beschriebene Art bereiteten Serums ist absolut ungefährlich, und weder von localen noch allgemeinen üblen Folgen begleitet.

2) Subjective durch die Neubildungen bedingte Symptome z. B. Schlaflosigkeit, Schmerzen u. dergl. schwinden nach den Injectionen mit Zuversicht, und werden in der Hinsicht alle anderen diesbezüglich gebrauchten Mittel übertroffen.

3) Die exulcerirten Neubildungen nehmen ein reineres Aussehen an und bluten viel seltener.

4) Der Effect der Injection ist von der Applicationsstelle derselben bezw. von der Entfernung derselben vom Krankheitsherde ganz unabhängig.

5) Der Fortschritt des neoplasmatischen Processes selbst wird durch die Injection nicht im mindesten beeinflusst. Schliesslich muss hier noch hervorgehoben werden, dass Verf. mit vollstem Rechte auf die stricte Einhaltung der Antisepsis bei Gewinnung des Serums ein besonderes Gewicht legt, und namentlich darauf aufmerksam macht, dass sich zur Zubereitung desselben bloss an ihrer Oberfläche noch nicht exulcerirte, also noch nicht inficirte Tumoren eignen.

Der von Swiatecki (3) beobachtete Fall betraf eine 40jährige mit inoperablem Recidiv eines Mammacarcinoms im Pectoralis major sowie in den Axillar- und Supraclaviculardrüsen behaftete Frau. Die Haut war stellenweise exulcerirt und die Geschwüre boten alle characteristischen Merkmale eines Ulcus carcinomatosum dar. Verf. exstirpirte eine carcinös infiltrirte Lymphdrüse sowie später ein Stück des ebenfalls durch die Neubildung afficirten Pectoralis und implantirte dieselben nach vorheriger Zerschneidung derselben in zahlreiche kleine Stückchen einem jungen Hunde unter die Haut behufs Bereitung eines Krebsserums nach Richet und Héricourt. 4 Wochen nach der ersten und 1 Woche nach der zweiten Krebsimpfung wurde aus der A. femoralis des Thieres ½ Trinkglas Blut gelassen und dasselbe auf 36 Stunden in den Eisschrank gestellt. Das hierdurch gewonnene Serum wurde in 1½—2 ccm haltige Kölbchen gebracht und mehrere Tage hindurch täglich 2 mal durch 1½ Stunden bei einer Temperatur von 59—60° C. sterilisirt. Von diesem Serum wurde der Patientin nun täglich 1 ccm subcutan in nächster Nähe der Neubildung injicirt. Der erste Versuch musste nach der 6. Injection unterbrochen werden, da sich ein Erysipel eingestellt hatte. Nach Schwinden desselben wurden die Injectionen wieder fortgesetzt und erhielt die Kranke diesmal deren 14. Der Erfolg war ein überraschender, da sowohl der Tumor im Pectoralis als auch die geschwellten Lymphdrüsen bedeutend an Grösse abgenommen hatten, und das carcinomatöse Geschwür zur completen Vernarbung gelangt war. Mit der localen hielt auch eine bedeutende Besserung des allgemeinen Zustandes gleichen Schritt. **Trzebicky** (Krakau).]

VIII. Anästhetica.

1. Allgemeines.

1) Bayer, C., Ein Beitrag zur Kenntniss der Reflexe während der Narcose. Prager med. Wochenschr. No. 27. — 2) Blount, J. G., Anästhesia. Philad. Reporter. Febr. 8. — 3) Buxton, Dudley W., The nature of Anaesthesia: An appended note. Lancet. Febr. 1. — 4) Carter, R. W., Administration of Chloroform and Ether. British med. Journ. Febr. 1. — 5) Dreser, H., Die Dosirung der Inhalationsanästhetica. Archiv f. experim. Pathol. 37. — 6) Fell, George E., The value of forced artificial respiration (fell method) in saving human life in chloroform, ether and nitrous-oxide Narcosis etc. New York med. Rec. Mai 30. p. 760. — 7) De Hart, J. N., A report of surgical operations in the hospitals of Boston and vicinity where Anaesthesia was produced with Ether or Chloroform combined with Oxygen Gas. Boston Journ. Vol. CXXXIV. No. 16. — 8) Herzog, Experimentelle Untersuchungen über die Behandlung des Collaps in

der Narcose. (Russisch.) Wratsch. 31. October. — 9) Hewitt, Frederic and A. Marmaduke Sheild, On posture in its relation to surgical operations under anaesthetics. Med.-chir. Transact. Vol. 79. — 9a) Krumm, F., Ueber Narcosenlähmungen. 8. Leipzig. (Samml. klin. Vortr. 139.) — 10) Richardson, Benjamin Ward, An address on the next great advance in Anaesthesia; including a new exposition of commun sensibility. Lancet. April 18. — 11) Short, T. Sydney, Observations on a series of 550 timed Nitrous Oxide cases. Ibidem. Febr. 1. — 12) Sonntag, Arthur, Ueber die in Folge von Aether- und Chloroformnarcosen nach Laparotomien entstehenden Pneumonien. Inaug.-Dissert. Erlangen. — 13) Stallard, Prince, Pental and its administration. Lancet. March 14. — 14) Vanverts, E., Rôle de la trachéotomie dans les accidents graves de l'anésthesie. Gaz. hebdom. No. 3. — 15) Villard, E., Trachéotomie pour accidents anesthésiques des plus graves; guérison. Ibidem. No. 18. — 16) Vergleiche auch die Jahresberichte von Socin, Fischer u. A.

2. Chloroformnarcose.

17) Ajello, Abelo, Sulle alterazioni organiche dipendenti dalla narcosi cloroformica. Clinica Chirurg. Palermo. No. 8. — 18) Arnold, Safeguards in chloroform administration. Brit. med. journ. 12. Dec. — 19) Bandler, Victor, Ueber den Einfluss der Chloroform- und Aethernarcose auf die Leber. Mittheil. a. d. Grenzgeb. der Med. u. der Chir. Bd. I. — 20) Cleaver, Israel, Chloroform Anesthesia during sleep. Philad. Reporter. Oct. 31. — 21) McEwen, Floy, Chloroform Narcosis. Med. and surg. Report. 1. Aug. — 22) Gill, Richard, On the mechanical factor in Chloroform-Anaesthesia. Barthol. Hosp. Rep. Vol. 31. — 23) Heintz, Der protrahirte Chloroformtod. (Klin. pathol.-anat. und experim. Beobachtungen.) Dissert. Freiburg. — 24) Kirk, Rob., On Auscultation of the heart during chloroform-narcosis. Brit. med. journal. 12. Dec. — 25) Maclennan, Alex., Report of some cases of stoppage of Respiration during chloroform anaesthesia treated by Tracheotomy. Ibidem. 21. Nov. — 26) Marthen, G., Ueber tödtliche Chloroformnachwirkung. Berliner klin. Wochenschr. No. 10. — 27) Pinkhof, H., Ongevallen in Chloroformnarcose. Nederl. Tijdschr. No. 26. — 28) Rosenfeld, M., Ueber die Chloroformnarcose bei bestimmtem Gehalt der Inspirationsluft an Chloroformdämpfen. Arch. f. experim. Pathol. 37. 1. — 29) Steinthal, Tod an Chloroformvergiftung am 5. Tage. Correspond.-Bl. der württemb. ärztl. Landesvers. — 30) Walters, J. Hopkins, Death under Chloroform. Lancet. April 25. — 31) Waterhouse, H. F. and Charles Gibbs, A case of arrest of the heart's action and of respiration during chloroform Anaesthesia: Bleeding from internal jugular vein: Recovery. Brit. med. journ. July 18. — 32) Zoege von Manteuffel, M., Die „üblen Zufälle“ bei und nach Chloroform- und Aethernarcosen. Münch. med. Wochenschr. No. 12.

3. Aethernarcose.

33) Allardice, Wm. C., Some notes on 1400 cases of Anaesthesia. Glasgow Journ. Decb. — 34) André, Contribution a l'étude de l'anesthésie par l'éther. Paris. 1895. (Stummheit.) — 35) Blake, Notes on anaesthesia-oxygen after ether. Boston med. and surg. journ. 12. Dec. — 36) de Chapeaurouge, Beitrag zur Aethernarcose. Jahrbücher der Hamburgischen Staatskrankenanstalten. 1893/94. Bd. IV. — 37) Corish, John L., Ether and oxygen as anaesthetics. Med. Record. p. 373. — 38) Garceau, Edgar, A case of death under Ether Anaesthesia. Boston med. and surg. Journal. Vol. CXXXV. No. 20. — 39) Lenoble, E., Le nystagmus et la trépidation épileptoïde considérés comme syndrome clinique traduisant la marche des anesthésiques à travers l'axe encéphalo-médullaire. Arch. gén. p. 319. — 40) Lerber, A. v., Ueber die Einwirkung der Aethernarcose auf Blut und Hirn. Inaug.-Diss. Bern. Ref. Cbl. f. Chir. S. 790. — 41) Morrisson, Will. A., The use of oxygen in preventing or overcoming the after-effects of ether in surgical operations. Boston med. a. surg. journ. No. 16. — 42) Parvin, Theophilus, Oxygen after ether. Philad. Reporter. April 4. — 43) Riedel, Die Morphium-Aethernarcosen. Berl. klin. Wochenschrift. No. 39. — 44) Rosenfeld, Rich., Erfahrungen bei 150 Aethernarcosen. Prager med. Wochenschrift. No. 23. — 45) Rossa, Emil, Erfahrungen über Aethernarcosen. Wien. med. Wochenschr. No. 4.

4. Localanaesthesie.

46) Clarke, Jackson J., Observations on cocaine anaesthesie. Lancet. Jan. 18. — 47) Costa, Tito, Eine Neuerung in der Technik der Cocainanaesthesie. (Mittheilung auf dem 2. Congresso Medico Regionale Ligure.) Gaz. degli ospedali 53. — 48) Dipper, Ueber Schleich's Infiltrationsanaesthesie. Deutsche med. Wochenschr. No. 50. — 49) Gottstein, Georg, Die Verwendung der Schleich'schen Infiltrationsanaesthesie. Berl. klin. Wochenschr. No. 41. — 50) Hofmeister, F., Zur Schleich'schen Infiltrationsanaesthesie. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 15. — 51) Korsch, Ueber Infiltrationsanaesthesie. Militärärztliche Zeitschrift. Heft 3. — 52) Kolaczek, Zur Narcosenfrage. Deutsche med. Wochenschr. S. 179. — 53) Lund, F. B., Local anaesthesia. Boston Journal. Vol. CXXXIV. No. 6. — 54) Derselbe, Recent advances in the methods of local anaesthesia. Boston med. a. surg. Journ. Febr. — 55) Mehler, Ueber Infiltrationsanaesthesie. Münchener med. Wochenschrift. S. 1103. — 56) Parvin, Theophilus, Schleich's local anaesthesia in surgery. Philad. Reporter. Febr. 8. — 57) Römer, R., Infiltratie-Anaesthesie. Weekblad. 28. Nov. — 58) Schlatter, Carl, Ueber Localanaesthesie. Schweizer Correspdzbl. No. 10. — 59) Schmidt, Ad., Chirurgische Mittheilungen für die Praxis. B. Operationen unter Cocainanaesthesie. Münch. med. Wochenschrift. No. 24. — 60) Stoerk, Ueber Cocainanaesthesie. Wiener med. Wochenschr. No. 44. — 61) Wyeth, John V., Cocain-Anaesthesia. Med. News. p. 666.

1. Allgemeines. Dreser (5) betont mit Recht, dass bei der Narcose die Concentration der Dämpfe des Betäubungsmittels in der Einathmungsluft nicht von den Zufälligkeiten bei der Athmung des Patienten abhängen darf, sondern ein vorher fertig gestelltes dosirtes Gemisch dem Pat. als Einathmungsluft in die Maske geleitet werden muss. Hierzu ist in 1. Linie eine Maske mit Ein- und Ausathmungsventil nöthig und 2. ein Apparat zur Herstellung dosirter Gemische von Luft und anaesthesirenden Dämpfen. D. hat die Apparate construirt. Zur Aetherisirung genügen 8 Vol.-Proc. Dämpfe und zur Unterhaltung der einmal vollen Narcose 3—4 Vol.-Proc.

Bayer (1) constatirt in einem Falle, dass der Acusticusreflex spät in der Chloroformnarcose erlischt; er erlebte deswegen eine „Schreckohnmacht“ in halber Narcose.

Hewitt u. Sheild (9) betonen die Wichtigkeit der Lagerung des Patienten für den guten Verlauf einer Narcose, besonders die Stellung des Kopfes und des

Halses sind hierbei von ausschlaggebender Bedeutung. Sie geben Illustrationen von schlechter und guter Lagerung und Kopfstellung.

Vanverts (14) stellt aus der Literatur 6 Fälle von Tracheotomie zusammen, die wegen Asphyxie in der Narcose nothwendig wurden, womit dem Pat. das Leben erhalten blieb; er fügt einen 7. Fall hinzu. Villard (15) vermehrt die Casuistik um einen weiteren Fall. Poncet hat schon früher eine Zahl ähnlicher Fälle aus seiner Praxis mitgetheilt.

In der Arbeit von Fell (6) ist Bezug genommen auf mehrere seiner früheren Publicationen, worin er seine Methode der forcirten künstlichen Athmung beschreibt, zu der er, wie es scheint, sich einer Maske bediente. In vorliegendem Artikel sind Fälle mitgetheilt von Chloroform- und Aether-Asphyxie und Respirationsstillstand bei Lachgas, die alle nach Fell's Methode erfolgreich behandelt wurden, darunter ein Fall von Strychninvergiftung bei einem jungen Arzt, wo eine dreimal 24 Stunden fortgesetzte Sauerstoffinhalation mit F.-Maske das Leben erhielt.

In der Erlanger Frauenklinik sind auf 338 Laparotomien 21 Pneumonien in Folge der Narcose vorgekommen: Sonntag (12). 8 davon verliefen tödtlich. 15 folgten auf Chloroform- und 6 auf Aether- resp. Chloroform-Aether-Narcose.

B. W. Richardson (10) ahnt den Fortschritt der Zukunft in der allgem. Anaesthesie in der Abstumpfung des ganzen Nervensystems durch Kälteeinwirkung, die den Menschen in einen ähnlichen Zustand versetzen sollte, wie Thiere im Winterschlaf, die wohl leben, deren Sensibilität aber fast erloschen ist.

Stallard (13) hat unter wenigen Pentalnarcosen einen Todesfall zu verzeichnen.

2. Chloroformnarcose. Gill (22) macht darauf aufmerksam, dass eine Reihe von Störungen während der Chloroformnarcose nicht dem Chloroform als solchem zuzuschreiben sind, sondern dass eine Anzahl von mechanischen Störungen der Respiration (Brechen, Zurückfallen des Kiefers, der Zunge etc.) secundär Symptome hervorrufen, die wir geneigt sind, ohne Weiteres dem Narcoticum zuzuschieben.

Arnold (18) und Floy McEwen (21) geben in ihren Vorschriften in der Vorbereitung und Ausführung der Chloroformnarcose nichts Neues.

Rosenfeld (28) stellt durch Versuche an Kaninchen fest, dass eine Inspirationsluft, die nur 0,96 bis 1,01 Vol. Proc. Chloroformdämpfe enthält, eine plötzliche Ueberladung des linken Herzens mit Chloroformdämpfen ausschliesst und damit die Gefahr des plötzlichen Herzstillstandes beseitigt.

Durch Auscultation des Herzens während der Chloroformnarcose glaubt Kirk (24) Anzeichen einer gefahrdrohenden Idiosyncrasie zu finden: 1. bei sehr gesteigerter Herzaction mit lauten Herztönen, 2. bei unregelmässigem Puls vor der Narcose und 3. bei Neigung zu Tachycardie und unregelmässigen Herzcontractionen während der Inhalation.

Ueber Unfälle in der Chloroformnarcose giebt Pinkhof (27) eine sehr sorgfältige und inhaltsreiche Arbeit, basirend auf der bekanntlich sehr grossen englischen Casuistik aus den Jahren 1890—95; hierin sind eine grosse Zahl von Chloroformtodesfällen gesammelt. Auch Maclennan (25) berichtet neben 3 Respirationssyncopien über einen, und Walters (30) über zwei Chloroformtodesfälle bei Kindern.

Einen sehr beachtenswerthen Fall von Spättod nach Chloroform beschreibt Marthen (26). Sectionsbericht angeschlossen, die Literatur ist mit verwerthet. — Chloroformtodesfälle sind ferner notirt bei Allardice (33).

Zoege v. Manteuffel (32) publicirt nicht weniger als 5 Spättodesfälle nach Chloroform und einen Todesfall in der Narcose. Er hat sich nunmehr dem Aether zugewandt.

Eine grössere und sehr sorgfältige Arbeit über die Chloroformwirkung auf die Organe liefert Ajello (17) aus der Klinik von Palermo (Tansini). Der erste Theil enthält die Resultate von 214 microscopischen und chemischen Urinuntersuchungen vor und nach der Chloroformnarcose. In Uebereinstimmung mit anderen Autoren fand er in 80 pCt. Albuminurie durch Chloroform erzeugt, meist leicht und transitorisch, im Mittel 2—6 Tage dauernd und meist nach 3—5 Std. p. op. beginnend.

Cylindrurie in 60 pCt., leicht und früher verschwindend als die Albuminurie. Diese Störungen sowie gewisse Blutveränderungen stehen in keinem Verhältniss zur Dauer der Narcose oder zur verbrauchten Quantität; sie sind lediglich der Ausdruck einer Idiosyncrasie. In einem 2. Theil sind genaue histologische Organuntersuchungen (illustrirt) mitgetheilt, die auf 4 Autopsien basiren, von denen der eine, ein Todesfall in der Narcose, und die anderen Todesfälle kurz nach der Narcose (12—96 Std.), die nur in mittelbarem Zusammenhange damit aufgetreten sind.

A. findet ausnahmslos acute parenchymatöse Degenerationen (meist sehr ausgedehnt) in den inneren Organen, vornehmlich in der Niere, Veränderungen, die zu urämischen Intoxicationen Veranlassung gegeben haben. Der dritte experimentelle Theil bestätigt das ausnahmslose Vorkommen acuter parenchymatöser Veränderungen verschiedener Intensität, entzündlicher und degenerativer Natur: sie betreffen Niere, Leber, Herz, willkürliche Muskeln, Milz, Blut und Gefässsystem. Diese Veränderungen sind nicht characteristisch fürs Chloroform, wir finden sie ebenso bei anderen Intoxicationen und bei acuten Infectionskrankheiten. Gewöhnlich tritt die Restitutio ad integrum spontan ein, doch kann sie in seltenen Fällen auch den letalen Ausgang speciell durch urämische Intoxication bedingen. — Literaturangaben.

Das Chloroform hat auf die Leberzellen einen zerstörenden Einfluss, wie Bandler (19) an einem tödtlich verlaufenen Fall und durch Thierexperimente feststellt. Durch langdauernde Chloroforminhalationen entwickelt sich das Bild der acuten gelben Leberatrophie; der Zerfall der Leberzellen wird begünstigt durch vorausgegangene Lebererkrankung (Fettleber). Gleiche

Versuche mit Aethernarcose ergaben keine schädliche Einwirkung auf die Leber. Bei Verdacht auf Lebererkrankung ist deshalb die Anwendung des Aethers dem des Chloroforms zur Narcose vorzuziehen.

3. Aethernarcose. Ueber ihre Erfahrungen berichten Rosenfeld (44) in durchaus günstigem Sinne; Rossa (45) ist unbefriedigt; bei 100 Aethernarcosen auf der v. Rokitansky'schen Klinik in Graz ereignete sich ein Spättodesfall und 6 Fälle von Pneumonien, wovon 2 tödtlich verliefen.

Riedel (43) gab auch, wie so manchem anderen Operateur, ein Chloroformtodesfall die späte Veranlassung, zum Aether zu greifen; er spricht sich sehr zufrieden darüber aus, — empfiehlt aber dringend (was zwar nichts Neues ist) Morphium ½ Stunde vor der Aethernarcose subcutan zu injiciren, wodurch die Narcose sehr rasch eintritt, mit sehr geringen Mengen unterhalten werden kann und auch die Reizerscheinungen unbedeutend werden.

Um die Nachwehen der Aethernarcose zu vermindern oder geradezu zu coupiren, empfiehlt Parvin (42), Blake (35) und Morrison (41) nach Landau's Vorgang nachher Sauerstoff inhaliren zu lassen.

Auch Corish (37) hat Versuche mit Sauerstoff gemacht und sah einmal zu seinem Schrecken einen Respirationsstillstand (wohl Apnoë); er glaubt O_2 als Anästheticum, z. B. zur Fortsetzung einer Aethernarcose, gebrauchen zu können.

Allardice (33) ist zum Aether übergegangen, nachdem er einen Chloroformtodesfall erlebt hatte: er spricht sich über seine neuen Erfahrungen sehr zufrieden aus.

v. Lerber (40) führte vor und nach der Aethernarcose sorgfältige Blutuntersuchungen aus und stellte fest: 1. dass der Aether den Hämoglobingehalt des Blutes nicht beeinflusst; 2. dass der Aether keine zerstörende Wirkung auf die rothen Blutkörperchen ausübt und dass in Folge dessen im Urin kein Urobilin spectroscopisch nachzuweisen ist; 3. dass der Aethernarcose sehr oft eine beträchtliche Leucocytose folgt; 4. transitorische Albuminurie war in 6 pCt. der Fälle vorhanden, wo sie vor der Narcose schon vorhanden war, erfuhr sie nur in wenigen Fällen eine Steigerung.

Nach Lenoble's (39) Untersuchungen kommt in der Aethernarcose Nystagmus in der Hälfte der Fälle vor im Beginn der Muskelerschlaffung — er ist vorübergehend. Das epileptoide Zittern setzt bei voller Narcose ein, ist fast ausschliesslich auf die unteren Extremitäten beschränkt. Beides ist auf eine durch den Aether gesteigerte Reflexerregbarkeit zurückzuführen, der demgemäss zu den die motorischen Centren erregenden Giften gehört.

Die Ausbreitung der Aetherwirkung im Nervensystem geht, gestützt auf die Flourens'sche Experimente und nach diesen Beobachtungen folgendermaassen vor sich: zuerst wird das Grosshirn afficirt, dann das Kleinhirn, dann die „Protuberance annulaire" (Nystagmus), hierauf das Rückenmark (Aethertremor), und zwar das letztere zuerst in seinen unteren Theilen.

4. Localanästhesie. Die Schleich'sche Infiltrationsanästhesie scheint nunmehr die verdiente Beachtung zu finden. Die hierüber vorliegenden Arbeiten halten die Methode für eine werthvolle Bereicherung unseres Könnens. Alle stimmen darin überein, dass die Methode sorgfältig geübt und erst erlernt werden muss und dass Misserfolge bei guter Beherrschung der Technik immer seltener werden. Am besten hält man sich genau an Schleich's Vorschriften; meist kommt man mit der vom Autor angegebenen Lösung II aus. Nach Hofmeister (50) übertrifft die Methode alle anderen Verfahren der localen Anästhesirung an Leistungsfähigkeit. Korsch (51) möchte sie nicht mehr entbehren. Auf 92 verschiedenartige Fälle hat er 5 Misserfolge bezüglich der Anästhesie zu notiren, und sogar bei einem Drittel war die Unempfindlichkeit keine absolute. Bei Operationen in grösserer Tiefe, die genauer Orientirung bedürfen, ist die Narcose anzuwenden. — Gottstein (49) berichtet über 118 zum Theil recht eingreifende Operationen der Breslauer Klinik (wie Gastrostomien, Thoracotomien, Mammaamputationen etc.), die unter Infiltrationsanästhesie gelungen sind. Wie Hofmeister combinirt er mit grossem Vortheil die Esmarch'sche Blutleere damit. Mehler (55) hat 250 grössere und kleinere Operationen unter Infiltrationsanästhesie ausgeführt, darunter 5 Herniotomien und 3 Ovariotomien. Auch er rühmt die Leistungsfähigkeit der Methode ausserordentlich. Durch Verbesserung der Spritze und der Canülen, sowie durch einen kleinen, recht brauchbaren Sterilisator für die Lösungen erleichtert er die Tecknik der Methode. — Auch Dipper (48), Parvin (56), Römer (57) und Schlatter (58) haben recht zufriedenstellende Erfahrungen mit der Infiltrationsanästhesie gesammelt; letzterer ist zwar schwankend, ob er nicht der einfachen Cocaïninjection den Vorzug geben möchte.

Zu Gunsten der Cocaïnanästhesie sprechen die Publicationen von Mixter, Jackson Clarke (46) und John A. Wyeth (61). Alle betonen, dass man bisher zu hoch procentirte Lösungen gebraucht hätte. Eine 1 oder 2proc., allerhöchstens 4proc. Lösung soll für alle Fälle ausreichend sein.

Auch Ad. Schmidt (59) giebt dem Cocaïn den Vorzug; in mehr als 1000 Fällen hat ihm eine 3proc. Lösung, 1 oder 2 Spritzen voll, gute Dienste gethan.

Kolaczek (52) entfernte unter Infiltrationsanästhesie mächtige Ovarialtumoren mit Verwachsungen und machte eine Pylorusresection.

Lund (53) bespricht die verschiedenen Methoden der localen Anästhesie, um schliesslich etwas eingehender der Schleich'schen Infiltrationsanästhesie zu gedenken. Er hält sich hauptsächlich an die schwächere Cocaïn-Morphiumlösung No. 3 und hat im Ganzen befriedigende Resultate erzielt; die Indicationen aber, die Schleich aufgestellt hat, will L. erheblich eingeschränkt wissen, vor Allem hält er die Methode bei entzündetem Gewebe nicht empfehlenswerth.

Corta (47) erhöht die Wirkung des Cocaïns durch Erwärmung auf 50—55° C. Die Vortheile dieser Methode bestehen nach seinen zahlreiche Erfahrungen

darin, dass man schon mit 0,4—0,5 proc. Lösungen eine hinreichend anästhesirende Wirkung erzielt und dass letztere sofort nach der Injection eintritt. Ferner erhält man mit derselben Menge injicirter Cocaïnlösung eine grössere anästhetische Zone, als sonst; zur Ausführung der Radicaloperation einer Inguinalhernie brauchte er nur 0,035 g gegenüber 0,055 der kalten Lösung.

Verf. hat auch einen Apparat angegeben, mittels dessen die Cocaïnlösung bei constanter Temperatur von 50° bis 55° erhalten bleibt und das Kochen verhindert wird.

Stoerk (60) bespricht den Nutzen der Cocaïnanästhesie für die Kehlkopfchirurgie. Die gewöhnlich benutzte 20 proc. Lösung bedingt nicht nur einen Verlust der Reflexerregbarkeit, sondern auch eine gewisse Lähmung der Kehlkopf- und Schlundmuskeln, was sich bei Operationen in sofern geltend macht, als der beim Schneiden nöthige Gewebswiderstand mangelt. Auch St. benutzt für den Kehlkopf 20 proc. Cocaïnlösung — dagegen verwendet er in der Nase höchstens 5 proc. Lösungen und das mit äusserster Vorsicht. Trotzdem hat Verf. dabei doch einen schweren Vergiftungsfall erlebt.

Cocaïnintoxication wird am häufigsten bei Personen nervöser Constitution beobachtet. Die Symptome sind je nach dem Grade der Vergiftung sehr verschieden. In den leichtesten Fällen hat man es mit einer etwas erhöhten Reizbarkeit zu thun. In schweren Fällen tritt ziemlich starke Blässe des Gesichts, oberflächliche oder sehr tiefe Athmung, starke Verlangsamung oder Beschleunigung des Pulses auf. Bei sehr schweren Fällen beobachtet man zweierlei Symptome: entweder Ohnmachtsanfälle mit Prostration oder im Gegentheil eine colossale Aufregung. Nach dem Aufhören des acuten Stadiums fühlen sich die Patienten meistens noch längere Zeit sehr schwach, auch bleiben heftige Kopfschmerzen zurück. — Ein Specificum gegen Cocaïnvergiftung giebt es nicht. In leichteren Fällen verabreicht man Caffee, in schwereren andere Excitantien und sucht die Prostration durch Campher, Aether oder Moschusinjectionen zu bekämpfen. Manche Autoren haben mit Amylnitrit gute Erfolge erzielt.

Chirurgische Krankheiten der Gefässe und Nerven

bearbeitet von

Prof. Dr. GARRÈ in Rostock.

I. Arterien.

1) Aievoli, Eriberto, Su di un caso di ferita dell' arteria ascellare e del plexo brachiale. Rivista clin. e terapeutica. Bd. XVII. No. 1. 1895. — 2) Bollinger, Aneurysma der Arteria poplitea. Münch. med. Wochenschr. — 3) Bryant, Thomas. Gleanings from surgical practice. 1. On obstructed arteries. Lancet. May 9. 2. Occlusion of arteries the result of Injury. Ibid. May 30. — 4) Clark, Andrew, Clinical lecture on aneurysm of the popliteal artery. Brit. med. journ. 28. Nov. — 5) Davie, John C., Transperitoneal ligation of the external iliac artery for aneurysm. Ibidem. April 11. — 6) De-Carolis, A., Caso di aneurisma della pozzione convessa dell' arco dell' aorta e dell' aorta discendente toracica. Raccoglitore med. 10. Mai. — 7) Delore, Xav., Anévrisme diffus du mollet par déchirure de l'artère péronière etc. Arch. prov. de chir. T. V. — 8) Fedoroff, Ueber Nephrectomien mit Anlagerung von Klemmpincetten à demeure. Centralbl. Chir. No. 26. S. 617. — 9) Flatau, Th. S. und Gluck, Aneurysma cirsoides. Berl. klin. Wochenschr. No. 26. — 10) Guinard, Traitement des anévrysmes de la base du cou par la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droite. Ann. des malad. de l'oreille. p. 393. — 11) Heurtaux, Anévrysme multilobé de l'artère fémorale. Exstirpation complète du sac. Bull. et mém. soc. chir. p. 664. — 12) Hufschmid, Karl, Ein Fall von nicht traumatischem Aneurysma der Arteria vertebralis. Arch. für klin. Chir. 52. Bd. Heft 1. — 13) Karewski, Ein Fall von Angioma racemosum arteriale. Berl. klin. Wochenschr. No. 30. — 14) Mac Gillivray, Ch. Watson, Notes of a case of inguinal aneurysm. Lancet. Aug. 29. — 15) Kierstein, Albert, Historisch-kritische Untersuchungen über die Unterbindung der Arteria femoralis. Inaug.-Diss. Königsberg i. Pr. — 16) Marchand, Anévrysme poplité diffus du membre inferieur gauche et A. ilio-inguinal droit chez le même sujet. Bull. et mém. soc. chir. p. 670. — 17) Martin, Edw., The checking of operative bleeding by torsion. Johns Hopkins Hosp. Bull. No. 61. — 18) Derselbe, Traitement des angiomes par l'ectrolyse. Rev. med. de la suisse rom. p. 640. — 19) Péan, Tumeurs anévrys-

matiques des os. Gaz. méd. de Paris. Centralbl. f. Chir. S. 712. — 20) Quétand, Eug., Indications de la ligature simultanée de l'artère et de la veine fémorales. Montpell. med. 32. — 21) Schally, Zur Behandlung der Aneurysmen mittelst Compression. Prager med. Wochenschr. No. 51. — 22) Stevenson and H. J. Michael, A case of transperitoneal ligature of the common iliac artery for diffuse traumatic aneurysm of the external iliac and common femoral arteries; recovery. Lancet. Jan. 25. — 23) Turner, Robert, Incised wound of the internal and external plantar arteries. Ibidem. No. 28. — 24) Warnek, L. N., Ein Fall von Angioma hypertrophicum musculi recti abdominis. Centralbl. f. Chir. No. 8.

Von Aneurysmen beschreibt Heurtaux (11) ein mehrbuchtiges der Art. femor. bei einem 11 jährig. Mädchen, das er durch totale Exstirpation des Sackes zur Heilung brachte. Die Operation war sehr schwierig, ausser einem 16 cm langen Stück der Art. femor., mussten an 14 cm der Vena fem. resecirt werden. — In der sich anschliessenden Discussion wird auf die Methode der Ligatur hingewiesen, die gerade in solch complicirten Fällen der Exstirpation vorzuziehen ist.

Marchand (16) sah bei einem 40 jährigen Manne zwei Aneurysmen — eines der A. poplitea, das er durch Ligatur der Femoralis heilte, ein zweites der rechten Ileo-inguinalgegend, das nach Unterbindung der Femoralis unterhalb des Sackes verödete. — In der sich anschliessenden Discussion (ebend. S. 682 ff.) bringt Chaput eine Krankengeschichte über ein An. der Art. femor. und Marchand ergänzt seine erste Mittheilung durch weitere Beobachtungen.

Michael (22) führte mit Glück eine transperitoneale Ligatur der Art. iliaca ext. aus, wegen diff. traumat. Aneurysma.

Davie's (5) Fall von transperitonealer Ligatur war complicirt durch folgende Darmobstruction mit Peritonitis, Prolaps der Därme nach Entfernung der Nähte. Die geblähten Darme werden punctirt, das Abdomen ausgewaschen und der Pat. genas.

Mac Gillivray (14) unterband zwei grosse Arterienäste (A. fem. und circumflexa) bei einem Inguinal aneurysma. 4 Wochen später bedrohliche Blutung, beim Versuch der Blutstillung Einreissen der Vene, Ligatur derselben. Heilung.

Delore (7) sah ein traumatisches Aneurysma der Art. peron. nach Fractura cruris; die beiden Arterienenden wurden unterbunden und das A. geheilt. Nach 4 Wochen secundäre Infection der Wunde mit Knievereiterung, die eine Amputat. femoris nothwendig machte.

Hufschmid (12) referirt über das seltene Vorkommen eines Aneurysma der Art. vertebralis. Die schwierigen topograph. Verhältnisse zwangen Mikulicz von der Chassaignac'schen Methode der Unterbindung dieser Art. abweichend die Clavicularportion des Sternocleido abzutrennen, wodurch das Operationsgebiet frei zugänglich wurde.

Bollinger (2) fand unter 8670 Leichen Erwachsener 58 Aneurysmen und zwar 51 mal der Aorta thoracia und abdominalis angehörend. Die Popliteal-aneurysmen sind in Deutschland sehr selten. B. beschreibt einen Fall.

Schally (21) publicirt mehrere Fälle von Aneurysmen, die durch Compression des zuführenden Gefässrohres geheilt wurden und nimmt die Veranlassung auf diese Methode speciell hinzuweisen.

Bei Angiomen verschiedenster Grösse und Ausbreitung leistet nach Martin (18) die Electrolyse Vorzügliches. Der positive Pol als Platin- (ev. Stahl-) nadel wird in den Tumor eingestochen, der negative kommt als breite feuchte Platte auf die benachbarte Haut, den Nacken etc. Stromstärke 20—30 Milliampères bei mehreren (8—10) gleichzeitig eingestochenen Nadeln 40—50 M.-A.-Strom.

Karewski (13) beschreibt ein Präparat von Angioma racemosum (An. art.-venos.) des ganzen Armes.

Ein Aneurysma cirsoides der Ohrmuschel und Umgebung stellt Flatau (9) vor und referirt über den Befund am Präparat.

Muskelangiome zählen zu den Seltenheiten. Warnek (24) theilt einen Fall bei einer 28 jährigen Dame mit, das sich langsam im Laufe von 10 Jahren gebildet hätte.

Quétand (20) nennt 7 Fälle und einen eigenen, wo nach gleichzeitiger Unterbindung von Art. u. Vena fem. Gangrän eintrat. Er räth in solchen Fällen schon am 2. oder 3. Tag die Absetzung des Gliedes vorzunehmen.

Bryant (3) verbreitet sich in seinem Artikel ausführlich über den Verschluss von Arterien in Folge von Verletzungen und giebt allgemeine Regeln für die Nachbehandlung. Die beigefügte Casuistik über 13 solcher Fälle ist von Interesse; darunter finden sich z. B. drei Fälle von Obturation der Art. iliaca ext. in Folge eines Beckenbruchs. Br. lagert die betreffende Extremität bei Unterbrechung der Zufuhr arteriellen Blutes nur in geringem Maasse hoch, um die collaterale Circulation zu begünstigen und hält das Glied warm. Als Beispiele von gutem collateralen Kreislauf fügt er am Schluss 7 weitere Fälle hinzu — zugleich Beispiele von geheilten Aneurysmen.

Martin (17) giebt in seiner Arbeit einen historischen Ueberblick über die Blutstillung mittelst Torsion der Gefässe. Er selbst übt das Verfahren seit 6 Jahren, so zu sagen bei allen Operationen und auch bei Arterien grossen Calibers, er hat nur Nachblutungen erlebt und zieht das Verfahren der Ligatur vor, um so eher, als unsere Unterbindungsmaterialien viel zu wünschen übrig lassen.

II. Venen.

1) Brohl, Ein Beitrag zur Unterbindung d. Vena femoralis und der Vena anonyma. Centralbl. f. Chir. No. 17. — 2) Buhl, Herm., Beitrag zur Frage der Varicen. Inaug. Diss. Berlin. — 3) Gluck, Th., Beitrag zur chirurg. Behandlung infectiöser Thromben. Deutsche med. Wochenschrift. No. 38. — 4) Irvine, R. W., Ligature of veins in a case of varicose ulcer. Edinburg. journ. Sept. — 5) Kageyama, Masaham, Ueber die Ligatur der Vena femoralis communis. Münch. med. Abhandl. 64. Heft. III. Reihe. 3. Heft. 1895. — 6) Northrup, Wandering phlebitis (Periphlebitic Lymphangitis). Med. Rec. July 4. No. 11. — 7) Pasca, Un caso di sutura della giugulare interna.

Bull. della Soc. Lancisiana XVI. — 8) Persenaire, J. B. C., De onderbinding der vena saphena magna. Geneesk. Tijdschr. voon Nederl. Indie XXVI. — 9) Storp, Ueber Varicenbehandlung. Dtsch. med. Wochenschrift. No. 23.

In einer kritischen Untersuchung über die Ligatur der Vena femoralis communis, unter Hinzuziehen eines neuen Falles aus der Münchener Klinik kommt Kageyama (5) zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Tamponade und Compression sind bei grösseren Verletzungen nicht anwendbar, da blutige Infiltration der Gewebe stattfinden kann, die ev. zu Gangrän führt. Desgleichen sind seitliche Ligatur, Abklemmung und Vennennaht nur für gewisse Beschaffenheit und Grösse der Wunde passend. Sollten also die eben angeführten Methoden je nach der Art des Falles nicht sicher anwendbar sein, so muss sofort die doppelte Ligatur der Vene vorgenommen werden, wobei auf Alter, Geschlecht und Constitution keine Rücksicht zu nehmen ist.

2. Nach der Venenligatur eintretende Circulationsstörungen können durch Verticalsuspension, Hochlagerung oder Umwicklung der Extremität wirksam bekämpft werden und bilden gar keine Indication zur Primäramputation. Wenn aber trotz dieser Maassregeln aus irgend welchen Ursachen Gangrän eintritt, kann immer noch früh genug mit günstiger Prognose zur secundären Amputation oder Exarticulation geschritten werden.

3. Bei Verletzung der Vene darf die intacte Arterie nie unterbunden werden.

4. Selbstverständlich sind alle operativen Eingriffe unter den strengsten antiseptischen Cautelen vorzunehmen.

Brohl (1) unterband wegen Verwachsung mit einem malignen Tumor die V. fem., ohne dass irgend welche Störungen, ausser leichtes Oedem während 8 Tagen sich zeigte. Auch die Vena anonyma sin. unterband B. bei einer 52 jährigen Frau und resecirte wegen Melanosarcom ein Stück der V. jugul. und subclavia. Auch hier traten keine Circulationsstörungen ein.

Pasca (7) nähte mit Erfolg eine Stichwunde der V. jug. interna und machte dabei die Beobachtung, dass die Luftaspiration in seinem Falle ausblieb, weil der Musc. omohyoideus und die Fascia colli media mitverletzt waren. Damit war jede Spannung des Venenlumens gehoben, die Wände collabirten und der Pat. blieb von Luftembolie verschont. P. geht wohl zu weit, wenn er daraufhin empfiehlt, bei Operationen an diesen Theilen des Halses den M. omohyoideus gewissermaassen prophylactisch zu durchschneiden, um bei eventueller Venen-Verletzung keine Embolie zu riskiren.

Ueber gute Resultate, erzielt durch die von Trendelenburg empfohlene Ligatur der Vena saphena magna bei Varicen und bei Ulcus cruris varic. berichten Storp (9), der bei 11 Personen die Methode angewandt hat, er resecirt die Vena auf 5—8 cm Länge; Persenaire (8) über einen schönen Fall, ausgeführt in niederländisch Indien, und Buhl (2) über 11 Fälle aus der Charité mit ebenfalls günstigem Erfolg, zweimal ist noch die Exstirpation der Varicen zugefügt worden.

Gluck (3) exstirpirt bei septischen Phlegmonen mit Venenthromben den ganzen thrombophlelitischen Venenbezirk.

III. Nerven.

1) Angerer, Ueber die Endresultate von Thiersch's Neurexaeresen. Verhandlungen der deutsch. Gesellsch. für Chirurgie (mit Discussion). Archiv für klin. Chir. 53. Bd. — 2) Chipault, Braquehaye, Demoulin et Daleine, Travaux de Neurologie chirurgicale. 1895. Paris. — 3) Corning, Leonard, The use of congealed oils to prevent the reunion of nerves after their subcutaneous division; a contribution to the radical treatment of certain forms of neuralgia. Med. Record. Dec. 5. p. 809. — 4) Delagénière, Sciatique fémoro-fessière d'origine variqueuse traitée avec succès par dénudation et la dissociation du nerf. Bull. et mém. de la soc. chir. p. 491. — 5) Delorme, Compression forcée dans les névrites. Ibidem. 13. Mai. — 6) Finotti, Emil, Beiträge zur Chirurgie und pathologischen Anatomie der peripherischen Nerven. Virch. Arch. 143. 1. — 7) Hartmann, H., Zur Kenntniss der secundär malignen Neurome. Bruns' Beiträge zur klin. Chirurg. Bd. 17. — 8) Jalaguier, Luxation du nerf cubital consécutive à un violent mouvement d'extension de l'avant-bras. Bull. et mém. soc. chir. 11. März. p. 219. — 9) Krehl, L., Ueber wandernde Neuritis nach Verletzungen. Mitth. a. d. Grenzgebiete der Med. u. der Chirurg. Bd. 1. — 10) Neugebauer, Friedr., Zur Neurorrhaphie und Neurolysis. Bruns' Beitr. zur klin. Chir. Bd. 15. — 11) Derselbe, Zur Kenntniss der Lähmungen nach elastischer Umschnürung der Extremitäten. Prager Zeitschr. für Heilk. XVII. 2. März. — 12) Neil, James, A case of alcoholic Neuritis with prominent mental symptoms. Brit. med. journ. 11. April. — 13) Oronard, Luxation du nerf cubital. Paris. — 14) Rochard, Eugène, Sur un cas de Compression du nerf médian à la suite d'une fracture de l'humérus. Union med. No. 5. — 15) Robson, Mayo, A case in which the spinal cord of a rabbit was succesfully used as a graft in the median nerve of a man. Brit. med. journ. 31. Oct. p. 1312. — 16) Scheven, O., Zur Kenntniss der secundär malignen Neurome. Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 17. — 17) Schwartz, Ed., Des luxations du nerf cubital. Bull. et mém. soc. chir. p. 203. — 18) Wölfler, A., Ueber Nervennaht und Nervenlösung. Prager med. Wochenschr. Oct. 1895.

Chipault, Braquehaye, Demoulin u. Daleine (2) haben unter dem Titel: Travaux de Neurologie chirurgicale eine Zeitschrift gegründet. Der erste Band von 350 Ss. soll eine Art von Jahresbericht über die „Nervenchirurgie" darstellen. Die treibende Kraft, Redactor und fast ausschliesslicher Bearbeiter ist Chipault, der auf diesem Gebiete schon sehr viel geschrieben hat, z. B. zwei grosse Bände Rückenmarks- und Hirnchirurgie. Der Inhalt ist ein ziemlich bunter; neben geschichtlichen Aufsätzen, Casuistik, anatomische Untersuchungen etc. Die Ausstattung lässt zu wünschen übrig, vor Allem sind die Illustrationen sehr schlecht. Die Autoren planen, jährlich eine derartige Revue über dieses Specialgebiet erscheinen zu lassen.

Angerer (1) hat 52 mal die Thiersch'sche Methode der Nervenextraction ausgeführt wegen Neuralgien und zwar 14 mal am N. supraorbitalis, 16 mal am N. infra-

orbitalis, 9 mal am Mentalis, 7 mal am Mandibularis und 1 mal am N. lingualis. —

Die erzielten Resultate sind sehr befriedigend; von 26 Kranken, die z. Th. 5—10 Jahre an den Neuralgien gelitten hatten, sind 17 schmerzfrei geblieben, 2 mit wechselndem Befinden und 7 sind recidiv geworden. A. räth in Anbetracht des leichten und ungefährlichen Eingriffs bei Neuralgie im Gebiete auch nur eines Trigeminus-Astes gleich alle drei Aeste zu extrahiren, um das Ueberspringen der Neuralgie von einem Ast zum andern zu verhindern. Im Falle von Recidiv hält A. dann die Resection des Ganglion Gasseri nach Krause geboten, welche Operation er zweimal mit glänzendem Erfolg ausgeführt hat. — In der Discussion bestätigt Helferich nach seinen Erfahrungen an zehn Fällen die guten Resultate der Nervenextraction. Krause hingegen hat nicht so gutes davon gesehen.

Um das bei einfacher Neurotomie so oft vorkommende Wiederverwachsen getrennter Nervenenden und damit die Recidive von Neuralgien zu verhüten, spritzt Corning (3) ein erstarrendes Oel an der Discissionsstelle ein. Er nimmt Ol. theobroma vermischt mit der hinreichenden Menge von Paraffin, um eine bei 105 ° F. schmelzende Masse zu erhalten. Zunächst wird mit einer eigens construirten Spritze, deren Hohlnadel zugleich als Tenotom geformt ist, eine kleine Quantität des geschmolzenen Paraffingemenges subcutan injicirt, dasselbe mit dem auf die Haut applicirten Aetherspray subcutan zum Frieren gebracht und der Nerv sodann in der festen Masse durchschnitten (damit soll die Blutung ausgeschlossen werden) und endlich das Paraffin durch Massage zwischen die durchschnittenen Nerven massirt, damit dieser Fremdkörper sie an der Wiedervereinigung hindert.

Scheven (16) theilt zwei neue Fälle, der von Garrè so bezeichneten secundär malignen Neurome mit, die in microscopischer Hinsicht sorgfältig bearbeitet sind. Sie bilden einen werthvollen Beitrag zur Kenntniss dieser wenig gekannten und doch nicht selten vorkommenden Geschwulstform, die auf Basis der multiplen Fibroneurome entsteht. Sch. weicht nur insofern von der Anschauung von Garrè ab, als er den strengen Unterschied zwischen den primären Nervensarcomen und den secundär malignen Neuromen nicht ganz anerkennen kann, trotzdem aber meint er, doch an dieser genetischen Trennung festhalten zu sollen. Im Uebrigen finden sich in Sch.'s Arbeit die in der Literatur seit dem Erscheinen von Garrè's Arbeit mitgetheilten diesbezüglichen Publicationen mitgetheilt.

Auch Hartmann (7) giebt die Krankengeschichte eines Falles von secundär malignem Neurom, das auf der Rostocker Klinik zur Operation kam. Die histologische Untersuchung ist insofern von grösstem Interesse, als sich in dem exstirpirten Nerventumor direct der Uebergang von Fibrom zum Sarcom nachweisen liess. Anhangsweise kritisirt er einige Punkte der vorstehend referirten Scheven'schen Arbeit.

Schwartz (17) giebt eine sehr interessante Mittheilung über die Luxation des Nervus ulnaris aus seiner Rinne am Condylus internus humeri und erörtert die seltene Affection auf Grund ähnlicher in der Literatur niedergelegter Krankengeschichten. Weitere Beiträge zu diesem Thema lieferten in der Discussion Quénu und Auger.

Finotti's Arbeit (6) besteht aus zwei Theilen. Im ersten sind Untersuchungen über Nervennaht beim Menschen wiedergegeben — 7 Fälle. Das gewonnene Material ist sorgfältig microscopisch verwerthet worden. F. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Nach Nervendurchtrennung degenerirt der peripherische Stumpf in toto, während am centralen die Degenerationserscheinungen, ohne eine bestimmte Grenze, bald mehr, bald weniger hoch hinauf reichen. (Degeneratio traumatica).

2. Im centralen Stumpfe findet man zahlreiche degenerirte Fasern, die sehr hoch hinauf, vielleicht bis in die Centralorgane reichen (Degen. atrophica).

3. Neubildung von Nervenfasern konnte ich niemals sehen, wohl aber eine Hypertrophie (Auswachsen) der alten, vorhandenen Nervenfasern vom centralen Nervenstumpfe aus.

4. Die zur Wiederherstellung der Function führende, bisher angenommene Regeneration der Nervenfasern existirt also nicht; der Process ist vielmehr eine „Neurotisation" (Vanlair's) des peripherischen Stumpfes.

5. Das Amputationsneurom ist kein ächtes, durch Nervenfasernenbildung zu Stande gekommenes Neurom, sondern eine Bindegewebswucherung aus dem Endoneurium (Fibrom) mit Hypertrophie der alten Nervenfasern (Fibroma endoneuricum terminale).

Der zweite Theil handelt über Neubildungen des peripheren Nervensystems, gestützt auf 4 Fälle von Fibromatose resp. secundärem Sarcom der Nerven. Seine hierauf bezüglichen Schlussfolgerungen lauten:

1. Wahre Neurome im strengen Sinne des Wortes giebt es am peripherischen Nervensysteme nicht, weder marklose, noch markhaltige, denn niemals konnte Neubildung von Nervenfasern gesehen werden, wohl aber — und nur im Amputationsneurom — eine Hypertrophie derselben. Die sogenannten Neurome sind Bindegewebsgeschwülste, in welchen die Nervenfasern sich vollkommen passiv verhalten.

2. Nach ihrer Herkunft sollte man diese Bindegewebsgeschwülste endo-, peri- und epineurale Fibrome oder — nach sarcomatöser Degeneration — Sarcome nennen.

3. Für die multiplen und die Rankenneurome, sowie auch für die Elephantiasis neuromatodes besteht eine congenitale Anlage. (Auch in unseren Fällen war die Krankheit schon in frühester Jugend nachweisbar.) Dank dieser congenitalen Disposition des Nervensystemes kommt es zu trophischen Störungen, die ihren Ausdruck in der manchmal erst in späteren Jahren auftretenden ausgedehnten Fibromatose finden.

4. Die mit den multiplen Neuromen auftretenden multiplen Fibrome stammen nicht ausschliesslich von dem Bindegewebe der Nerven, sondern auch aus dem Bindegewebe der Scheiden anderer Organe (Drüsen, Haarbälge) und der Gefässe ab. — Aus diesen multiplen Fibromen entsteht die diffuse Fibromatose der Haut und des Unterhautgewebes.

5. Elephantiasis neuromatodes, die plexiformen Neurome, die multiplen Neurome und vielleicht auch die Veränderungen des peripherischen Nervensystemes bei Cretinismus sind ein und derselbe Process. Die Differenz liegt nur in der jeweilig verschiedenen Ausdehnung.

6. Alle diese Fibrome haben eine starke Neigung zur sarcomatösen Degeneration. Ein strenger, deutlicher Unterschied des klinischen Bildes bei primärer und bei secundärer Sarcomatose besteht nicht, oder wenigstens nicht in der Mehrzahl der Fälle.

7. Die Stammneurome sind nicht congenital und treten später als alle anderen Neubildungen auf.

8. Nur in malignen Tumoren kommt es zur Degeneration, nicht aber zur Neubildung von Nervenfasern. Es scheint, dass bei ihnen jeder operative Eingriff Anlass zu baldigem Recidiv giebt.

9. Bei Nervendurchtrennung geht die Heilung vom centralen Stumpfe aus, von welchem die „Neurotisation" des ganz passiv bleibenden peripherischen Stückes beginnt. Gegen die Annahme einer anderen Art der Regeneration spricht der Umstand, dass im peripherischen Stumpfe niemals Nervenneubildung zu sehen war.

Neugebauer (11) constatirt, dass der Druck einer Esmarch'schen Binde in allen Fällen bei einer gewissen Dauer nicht nur rasch verschwindende vasomotorische und sensible Paresen, sondern auch motorische Lähmungen erzeugt. Diese Erscheinungen hoben erst 15 bis 20 Min. nach dem Beginn der Umschnürung an und sind wohl ohne Zweifel auf reine Druckwirkung zurückzuführen, die an der Abschnürungsstelle eine Leitungsbehinderung vorübergehender Art bedingt. Ein Anzahl von electrischen Untersuchungen an Patienten in der Narcose und ohne solche bestätigen das Obige.

Der gleiche Autor (10) hat in einer weiteren grösseren Arbeit Fälle von Neurorrhaphie und Neurolysis aus der Wölfler'schen Klinik eingehend kritisch bearbeitet*). Im 1. Theil sind 7 aussergewöhnlich interessante Fälle von Nervennaht, die aufs sorgfältigste untersucht sind, mitgetheilt. Es sind das eine primäre Naht Facialis, eine secundäre des Medianus, eine sec. Naht des Radialis, eine primäre Naht des Radialis und Medianus, eine secundäre Radialisnaht durch Plastik, eine plastische Peroneusnaht und eine sec. Naht des N. recurrens Willisii Ram. V et VII angeschlossen sind die Referate über 35 Fälle aus der Literatur, die kritisch mit verwerthet sind.

Im 2. Theile, der über Neurolysis handelt, constatirt der Autor zunächst, dass Callusbildung, besonders hypertrophischer Natur, Eiterung in der Nähe von Nerven, Hämatome, unter Umständen selbst einfache Verletzungen des Perineuriums meist callöse bezw. narbige Umklammerung eines benachbarten Nerven im Gefolge haben. Solche Narbenumwachsungen stören zuerst die Muskelernährung, dann die Willens- und zuletzt die Empfindungsleitung; die dabei vorhandenen Schmerzen sind grösstentheils nicht Folgen der Compression, sondern der Adhäsion. Im Allgemeinen resumirt N. seine Schlussergebnisse wie folgt:

1. Die leichtesten Grade der Nervencompression durch Callus oder Narben verlaufen als Neuralgien.

2. Vor dem Eintritte von Bewegungs- und Empfindungslähmungen treten Hemmungen in der Muskelernährung auf. Diese Atrophie kann wegen der E. A. R. nicht als Inactivitätsatrophie aufgefasst werden.

3. Diese Störungen und Lähmungen geben bei zweckentsprechender Therapie eine sehr gute Prognose.

4. Die Therapie bestehe nicht nur in Isolirung des Nerven, sondern auch, wenn möglich in Exstirpation des Narbengewebes um ihn herum.

5. Bei Secundärnähten der Narben sind die umliegenden Narben ganz zu entfernen. Ist das unmöglich, dann ist die Nahtstelle zu isoliren.

6. Die Isolirung eines Nerven durch Einhüllung mit Thiersch'schen Läppchen führt insofern nicht zu völliger Heilung, als Epithelfisteln zurückbleiben. Es ist deshalb eine weitere, zweckmässige Verbesserung der Isolirung anzustreben.

Krehl (9) richtet auf die wandernde Neuritis nach Verletzungen das Augenmerk der Chirurgen. Wenn auch anatomische Befunde fehlen, so sprechen die Symptome mit Sicherheit für eine progrediente Neuritis: Verbreitung der Krankheitserscheinungen, Combination motorischer und sensibler Symptome, degenerative Atrophie. K. schliesst traumatische Hysterie aus. Als erste Erscheinung machen sich die Folgen sensibler Reizung fühlbar, die im Verlauf meist die Hauptrolle spielen: ausstrahlende Schmerzen von der Verletzungsstelle aus, Paraesthesien, objectiv nachweisbare Sensibilitätsstörungen fehlen; Druck-, Schmerz- und Temperaturempfindung herabgesetzt. Motorische Störungen fehlen nie; Herabsetzung der willkürlichen Beweglichkeit, Muskelatrophie bis zum Muskelschwund, Entartungsreaction; in anderen Muskeln fehlen diese Zeichen.

*) Der gleichbetitelte Vortrag Wölfler's (18) handelt über die aus denselben Fällen gezogenen werthvollen practischen Erfahrungen und wissenschaftlichen Schlussfolgerungen.

Kriegschirurgie

bearbeitet von

Prof. Dr. E. GURLT in Berlin.

I. Allgemeines (Geschosse, Sprengstoffe, Verhalten der Geschosse, Diagnostik, allgemeine Therapie).

1) Bircher, H., Neue Untersuchungen über die Wirkung der Handfeuerwaffen. Mit Atlas von 40 Taf. Fol. Aarau. — 2) Reid, Walter, (Haslar), A case of gunshot wound, illustrating the diagnosis of metallic substances in the body by the electric probe. British med. Journ. Vol. I. p. 15. (Das Interesse des Falles besteht darin, dass erst nachdem scharf spitzige Nadeln angewendet worden waren, das Galvanometer, das vorher, bei Anwendung anderer Instrumente keinen Ausschlag gegeben hatte, sich bewegte.) — 3) Schjerning und Kranzfelder, Zum jetzigen Stand der Frage nach der Verwendbarkeit der Röntgen'schen Strahlen für medicinische Zwecke. Deutsche med. Wchschr. S. 541. (Erörtern die in neuerer Zeit in der Technik des Verfahrens und der diagnostischen Erkenntniss gemachten Fortschritte.) — 4) Eulenburg, A., Kugeln im Gehirn; ihre Auffindung und Ortsbestimmung mittels Röntgenstrahlen-Aufnahmen. Ebendas. S. 524, 554. (Beobachtungen an 2 Fällen mit Revolverkugeln, die im Gehirn seit einigen Monaten und seit 10 Jahren steckten; von jedem Falle 2 Bilder aufgenommen.) — 5) Brunner, Conrad, Ueber die Infection von Schusswunden durch mitgerissene Kleiderfetzen — Latenz der Keime oder Neuinfection? Schweizer Correspondenz-Blatt. S. 129. 167. 196. — 6) Eschweiler, R., Die Schussverletzungen durch das kleincalibrige Gewehr. München. 27 Ss. (Uebersicht über die einschlägige Literatur.) — 7) Gaupp, Johannes, Ueber die Grösse und Form des Ein- und Ausschusses. Inaug.-Dissert. Berlin. 8. (Führt die Ansichten der einzelnen Autoren an, ohne Neues beizubringen.) — 8) Habart, J., Kleincaliber und Kriegsaseptik. Wiener klin. Wochenschr. No. 21. — 9) Eichel, Ueber Schussverletzungen mit dem deutschen Armeerevolver 83. v. Langenbeck's Archiv. Bd. 52. S. 120. — 10) Senn, N., Conservative surgery on the battlefield and first aid to the wounded. Journal of the American Medical Association. July 6, 13. 1895 auch Separatabdruck. Chicago. 1895. 8. 42 pp. — 11) Hall, J. N., (Denver. Col.), Accidental gunshot wounds, a medico-legal study. Medical Record. Sept. 19. p. 408. (Bespricht die verschiedenen Arten von Selbstverletzung durch Schiesswaffen, theils durch Zersprengen des Laufs, theils in Folge von unvorsichtiger Handhabung.) — 12) Sandreczki, Albrecht, Ueber die Verluste an Menschenleben im Kriege und die Entwicklung der Chirurgie des Schlachtfeldes. Inaug.-Dissert. Berlin. 8. (Ohne Bedeutung für die Kriegschirurgie.)

Aus Brunner's (5) Arbeit über die Infection der Schusswunden durch mitgerissene Kleiderfetzen heben wir Folgendes hervor: Nachdem Karlinski (1895) experimentell nachgewiesen hatte, dass die Weichbleigeschosse aus der Leinwand- und Tuchumhüllung verschieden grosse, oft bis zu 4 qmm Grösse, Partikelchen ausreissen, mit denen der Schusscanal ausgekleidet erscheint, während die Mantelgeschosse nur selten grössere Tuch- oder Leinwandpartien in die Gelatinemasse hineinreissen, folgerte Habart hieraus, dass es im bacteriologischen Sinne reine Schusswunden überhaupt nicht giebt, sobald mit Montur bedeckte Körpertheile durch das Geschoss getroffen werden. Allerdings ist zu erwarten, dass bei einer guten Organisation des Sanitätsdienstes, bei guter Ausbildung und Ausrüstung des Sanitätspersonales in den Heeren unserer Culturstaaten eine relativ frühzeitige aseptische Occlusion sehr vieler Wunden in künftigen Feldzügen möglich sein wird, dass im Ganzen die Gefahr der secundären Infection der Schussverletzungen bei den kleinen Schussöffnungen der Kleincaliberwunden geringer sein wird, als Dies in früheren Kriegen der Fall war. Ebenso ist anzunehmen, dass viele Schusswunden über die eingedrungenen Infectionserreger, seien diese nun an Kleiderfasern suspendirt oder nicht, Herr werden, so dass dieselben merkbare Störungen nicht zu erzeugen vermögen. Der Frage nach dem primären Infectionsvermögen dieser Fremdkörper auf experimentellem Wege, d. h. mit Hilfe des Thierversuches näher zu kommen, hat zuerst Alexander Fraenkel (1888) versucht, später (1893) hat E. Pfuhl analoge Untersuchungen veröffentlicht. Die Versuche Beider stimmen in der Hauptsache darin überein, dass den Versuchsthieren gegenüber die nicht künstlich inficirten unveränderten Tuchfetzen sich sehr indifferent verhalten. B. jedoch ficht die Stichhaltigkeit der aus diesen Versuchen gezogenen Folgerungen an, indem er sich auch auf die Beobachtungen Karlinski's bezieht, der sehr oft aus Tuchhärchen aus den Kleidungsstücken von Soldaten nach anstrengenden Märschen und Bivaks, virulente Streptococcen, den Blauciterbacillus und einmal sogar den Milzbrandbacillus herausgezüchtet hat.

Auch B. hält mit Karlinski dafür, dass diese Fremdkörper bei der Erzeugung der Schusswunden-Infection, d. h. als primäre Infectionserreger nach wie vor eine wichtige Rolle spielen; dass sie, wenn die Infection nicht durch sie, sondern auf andere Weise entsteht, die Ueberwindung derselben verzögern, wird von keiner Seite bestritten. Lange schon ist die Thatsache bekannt und oft schon discutirt worden, dass eingeheilte Corpora aliena, nachdem sie Jahr und Tag ruhig ihren Standort beibehalten, oder auch nachdem sie eine kurze oder lange Wanderung innerhalb der Gewebe durchgemacht haben, plötzlich die heftigsten Entzündungen anfachen; auch bei Tuchfetzen kann dies der Fall sein. B. ist der Ansicht, dass die Annahme einer Neuinfection hier durch kein Moment gestützt wird, dass vielmehr alle in's Gewicht fallenden Factoren für das Wiederaufleben liegengebliebener Keime sprechen.

Habart (8) erörtert die erstaunlichen Fortschritte, welche die Waffentechnik, seit 1886 in Frankreich das Lebel-Repetirgewehr eingeführt wurde, was die Repetir-, die Caliber- und Pulverfrage betrifft, gemacht hat, so dass, während die alten Weichbleigeschosse 31 bis 35 g schwer waren und eine Anfangsgeschwindigkeit von 400 m in der Secunde hatten, das Gewicht der 8 mm Stahlmantelgeschosse jetzt bloss 15—16 g, das der 6,5 mm Panzergeschosse nur 10,5—10,1 g und die Initialgeschwindigkeit 620, 710, 740 m und mehr in der Secunde beträgt. Es erscheint auch bereits ein 5 mm-Kriegsgewehr discutirbar. Die grösste Tragweite moderner Kleincalibergewehre reicht bis 4500—5000 m und fällt somit in den Wirkungsbereich der Artilleriewaffen. — Weiter bespricht Verf. den Keimgehalt frischer Schusswunden, den directen Schuss und den Prellschuss, die foudroyanten Blutungen, den Shock, die nur bei Fernschüssen vorkommenden Loch-, bei Nahschüssen aber eintretenden Splitterbrüche, ferner die in die Schusscanäle gelangten Fremdkörper (Kleiderfragmente), das Steckenbleiben von Geschossen und ihren Keimgehalt, die durch Papiergeschosse oder Exercierpatronen hervorgerufenen Verletzungen, den Verwundetentransport und ersten Wundverband im Felde. Er stellt dabei den Satz auf: Nicht der erste Verband, sondern der erste Transport entscheidet über das Schicksal des Verwundeten. Auch führt er an, dass die Schusswunden der Gegenwart sich subcutanen Verletzungen nähern und, da sie in der Mehrzahl der Fälle von Hause aus als aseptisch aufzufassen sind, eine grosse Tendenz zur Heilung unter aseptischem Schorf zeigen.

Senn's (10) Abhandlung über conservative Chirurgie auf dem Schlachtfelde betrifft die daselbst gegen die Blutung und Behufs des Verbandes und Transportes einzuschlagenden Verfahren, die namentlich in 23 Abbildungen, hauptsächlich guten Phototypien, sich dargestellt finden. Es ist das Schriftchen für Lehrzwecke sehr empfehlenswerth.

Eichel (9) fasst seine mit dem Deutschen Armee-Revolver gemachten Erfahrungen bezüglich der durch denselben verursachten Schussverletzungen folgendermaassen zusammen:

1. Die Hauteinschuss- und Ausschusswunden sind im Allgemeinen rund, dem Caliber des Geschosses entsprechend.

2. Die Muskelschusswunden sind dem Geschossdurchmesser entsprechende Canäle,

3. die bei den Knochenweichtheilschüssen durch die mitgerissenen Knochentheile weiter werden und mit Knochentrümmern imprägnirt sind.

4. Die Knochen selbst bieten dem Geschoss einen ihrer Härte entsprechenden Widerstand, den dasselbe nicht immer zu überwinden im Stande ist. Lochschüsse finden sich nur in den platten Knochen, auch hier mit Splitterungen in der Compacta. Die Epiphysen der Röhrenknochen zeigen gleichfalls im grossen Ganzen Lochschüsse. Doch gehen von ihnen starke Risse nach allen Richtungen, die eine Loslösung von Knochensplittern bedingen.

Die Diaphysen verhalten sich nach der Härte der getroffenen Knochen und der Entfernung verschieden. Entweder sie lassen das Geschoss abprallen, oder sie erhalten einen oberflächlichen Eindruck, ohne in ihrer Continuität aufgehoben zu werden, oder sie werden gänzlich zertrümmert.

5. Die Blutgefässe werden mehr oder weniger ausgiebig zerrissen.

6. Die Lungen bieten im Allgemeinen den Weichtheilen entsprechende Schusscanäle. Werden jedoch die grossen Gefässe der Lungenwurzel durchschlagen, so finden sich dahinter Zertrümmerungshöhlen im Gewebe.

7. Stets finden sich solche Höhlen mit weitgehenden Rissen in's Gewebe bei den Leberschüssen.

8. Der Darm wird von der Revolverkugel je nach seinem Lumen lochförmig durchbohrt oder von seinem Mesenterium abgerissen. Auch der Darm, der, der Kugel ausweichend, gestreift ist, wird so schwer verletzt, dass er sicher localer Gangrän verfallen wird. Meist ist der Magendarmcanal mehrfach perforirt. Kothaustritt findet stets statt.

9. Für die Schädelschüsse ist die Härte des Knochens und die Entfernung betreffend das Zustandekommen einer Sprengwirkung maassgebend. Je dünner der Schädelknochen und je näher das Ziel, um so stärker tritt dieselbe ein.

10. Die Geschosse werden schon bei Weichtheilschüssen deformirt. Bei Knochenschüssen sitzen feinste Bleitheile im getroffenen Knochen. Grössere werden abgetrennt und es kommen die verschiedenartigsten Geschossformen dadurch zu Stande. In den hierdurch entstandenen Vertiefungen des Geschosses finden sich häufig Theile der getroffenen Gewebe.

II. Kriegschirurgische Statistik, Berichte, gesammelte Beobachtungen.

1) Seydel, 15 Schussverletzungen mit dem 7,9 mm Geschoss. München. med. Wochenschr. S. 123. — 2) Fiaschi, Thomas, A report on the mutilated and evirated of the battle of Adowa. British med. Journ. Vol. II. p. 505. 649.

Nach einleitenden Bemerkungen beschreibt Seydel

(1) folgende 15 Fälle von durch Kleincalibergeschosse verursachten Schussverletzungen:

1. Fleischschuss durch den r. Vorderarm. Jodoformverband; reactionslose Heilung.
2. Haarseilschuss im Rücken. Heilung ohne Fieber, Eiterung oder Störung des Allgemeinbefindens.
3. Schussverletzung des Daumens, mit Durchbohrung von dessen erster Phalanx. Necrotische Abstossungen, Heilung mit Pseudarthrose.
4. Schuss durch den Zeigefinger der rechten Hand, mit Zerstörung der zweiten Phalanx. Die anfängliche Pseudarthrose wurde durch Knochennaht zur Heilung gebracht.
5. Schuss in den Unterleib mit sofortigem Tod. Der linke Leberlappen und das Pancreas vollständig zertrümmert.
6. Ebenso, Tod nach $^1/_4$ Stunde. $1^1/_2$ Liter frisches Blut in der Bauchhöhle, der l. Leberlappen und die Aorta abdom. zerrissen.
7. Ebenso, vorn Ein-, hinten Ausgangsöffnung. Expectative Behandlung. Kothfistel an der Ausgangsöffnung, später zur Heilung gebracht.
8. 9. Schussverletzungen des Herzens.
10. Schuss durch die r. Lungenspitze. Heilung glatt, ohne Zwischenfall.
11. Schuss durch die l. Lunge. Heilung nach durchgemachter Pneumonie und Pleuritis.
12. 13. 14. 15. Schussverletzungen des Schädels, sämmtlich tödtlich verlaufen.

Fiaschi (2) berichtet über die Verstümmelungen und Entmannungen, die an den Italienischen Kriegsgefangenen im Italienisch-Abessinischen Kriege nach der Schlacht bei Adaua vorgenommen worden sind. Den schwarzen Soldaten, Ascaris, wurde die rechte Hand und der linke Fuss, den Italienern aber die Genitalien abgeschnitten. Das Abschneiden der Hände und Füsse, das in Abessinien als Strafe des Diebstahls in Gebrauch ist, und durch den Henker, der darin eine Uebung hat und auch mit gewissen Vorkehrungen gegen die Blutung stattfindet, wurde im Felde von Soldaten mit ihrem Schwert und ohne alle hämostatische Maassregeln ausgeführt, veranlasste daher häufig den Tod durch Verblutung. Von den, wie angegeben wird, etwa 1800 auf diese Weise Verstümmelten sollen nicht mehr als 500 am Leben geblieben und die Uebrigen durch Blutung und Verhungern zu Grunde gegangen sein. In den Hospitälern zu Asmara, Massauah, Keren wurden 141 Ueberlebende nachträglich durch Cirkelschnitt am Unterschenkel ohne irgend einen Todesfall amputirt und 90 pCt. derselben durch prima intentio geheilt, während bei der beobachteten vortrefflichen Antiseptik diese Art von Heilung meistens nur in Folge der Ungeduld der Patienten misslang. Die Amputirten wurden mit einfachen, ihren Verhältnissen entsprechenden künstlichen Füssen versehen. Von den 330 Verstümmelten, welche in das Italienische Lager zurückkehrten, waren die Amputationsstümpfe so weit geheilt, dass eine Amputation nicht für nöthig erachtet wurde.

Die Entmannung (ebenfalls in Abessinien bei Kriegsgefangenen gebräuchlich), wurde hauptsächlich bei Italienischen Soldaten, und zwar vorzugsweise von den Gallas (welche die amputirten Genitalien, die auch von den Todten genommen werden, als Trophäen an ihren Spiessen mit sich führen) ausgeführt, und zwar auch mit dem Schwerte, und betraf meistentheils die gesammten Genitalien, selten den Penis allein oder nur einen Hoden. Es wurde dabei eine sehr grosse dreieckige Wunde, mit der Basis auf dem Mons Veneris und der Spitze am Perinaeum gesetzt. Dass danach auch viele Verstümmelte an Verblutung zu Grunde gegangen sind, ist wohl anzunehmen. Bei den Ueberlebenden waren zur Zeit der Berichterstattung die grossen Wunden noch nicht vernarbt, sondern zum grössten Theile mit Granulationen bedeckt.

III. Einzelne Verwundungen, kriegschirurgische Operationen u. s. w.

1) Tilmann, Zur Behandlung der Schädelschusswunden. Deutsche militärärztliche Zeitschr. S. 22. — 2) Todd, Howard J. Mc C., Bullet wound of skull. Brit. med. Journ. Vol. I. p. 16. (Revolverschuss in die r. Schläfe, das Gehirn bis zum Hinterhaupt durchdringend, Trepanation, Tod nach 4 Tagen.) — 3) Moty, Une observation de plaie pénétrante du crâne avec projectile perdu. Bull. et Mém. de la Soc. de chirurg. p. 660. (Selbstmordschuss mit einem Revolver; Tod nach 2 Tagen; Kugel im Gehirn gelegen.) — 4) Thomas, Thelwall, (Liverpool), Suicidal pistol wound of skull: destruction of right optic nerve: extraction of bullet on fourteenth day: recovery. Brit. med. Journ. Vol. II. p. 1319. (Schuss in die r. Schläfe ohne in die Schädelhöhle einzudringen, Verletzung des N. opticus des r. Auges; am 14. Tage Ausziehung der Kugel aus der l. Augenhöhle; dieses Auge unverletzt, das r. vollständig erblindet.) — 5) Rochard, Eug., Plaie de la région parotidienne par une flèche d'arbalète. L'union médicale. No. 22. p. 253. (Verwundung beim Scheibenschiessen mit der Armbrust auf 40 m Entfernung, mit Durchtrennung des N. facialis ohne alle Blutung; Abbrechen des Pfeilschaftes bei Ausziehungsversuchen; Extraction des Pfeileisens nach Erweiterung der Wunde; Heilung mit Paralyse des N. facialis.) — 6) Haven, Alfred C. (Lake Forest, Ill.), An unusual case of gunshot wound of the cervical spine. Medical Record. Vol. 49. p. 227. — 7) Carter, E. C., Gunshot wound of the neck followed by aneurism — deligation of the left common carotid — recovery. Ibidem. March 14. p. 373. — 8) Guinard, Aimé, Plaies de poitrine par balles de revolver. L'union médicale. No. 13. (Verf. leugnet auf Grund von angestellten Experimenten die Existenz von Contourschüssen.) — 9) Mosetig-Moorhof, R. v., Seltener Fall von Schussverletzung. Wiener med. Presse. S. 49. — 10) Bousquet, H. (Clermont-Ferrand), Plaie pénétrante de poitrine par balle de revolver. Pleurésie purulente. Empyème double. Résection d'Estlander. Ablation du projectile. Guérison. Bullet. et mém. de la Soc. de chir. p. 708. — 11) Duplay, Des plaies de poitrine par petits projectiles. Union médicale. p. 73. (Revolverschuss in die r. Brustseite; daran geknüpfter klinischer Vortrag.) — 12) Turner, William (Gibraltar), Remarks on wounds of the heart, with notes of a case in which death took place four month and a half subsequently, and cicatrisation was shown post mortem. Brit. med. Journ. Vol. II. p. 1440. — 13) Klemm, Paul (Riga), Zur Pathologie und Therapie der Schussverletzungen des Magens und Darms. Sammlung klin. Vorträge. Neue Folge. No. 142. (Chirurgie No. 39.) — 14) Bonomo, Lorenzo e Filippo Rho, Sulle ferite d'arma da fuoco penetranti nell' addome e loro cura. Bullet. della Soc. Lancis. Vol. XVI. p. 59. — 15) Tiffany, L. M., Bullet wounds of peritoneal cavity and contained viscera. American Journal of the med. sc. May. p. 550. — 16) Schäffer, Beitrag zur Beurtheilung und Behandlung der Bauchschusswunden. Deutsche militärärztl. Zeitschr. S. 513. — 17) Prichard, Ar-

thur W. (Bristol), A case of bullet wound of the pregnant uterus. Brit. med. Journ. Vol. I. p. 332. — 18) Peyrot, Plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver. Blessure de la rate. Splenectomie. Bullet. et mém. de la soc. de chirurgie. 1895. p. 721. — 19) Aievoli, Eriberto (Siena), Nota clinica su di una laparotomia per ferita d'arma da fuoco. Giornale intern. delle scienze mediche. Anno XVI. — 20) Page, Frederick (Newcastle-upon-Tyne), Case of bullet wound of abdomen. Brit. med. Journ. Vol. II. p. 751. (17jähr. junger Mensch, Revolverschuss in den Bauch bis in die l. Hinterbacke. Dämpfung in beiden Iliacalgegenden. Beim Bauchschnitt fand sich die Blase durch ein Coagulum ausgedehnt. Ein etwa fusslanges Stück Darm hatte 5 Oeffnungen und wurde resecirt. Wegen nicht aufzufindender fortdauernder Blutung wurde die A. iliaca commun. unterbunden, wonach die Blutung noch nicht vollständig stand; daher Tamponnirung; die verletzte Blase mit 4 Spencer Wells'schen Klammern extraperitoneal vereinigt; zuletzt die Kugel ausgeschnitten. Tod nach 22 Stunden.) — 21) Rochard, Eugène, Une observation de plus en faveur de l'intervention immédiate dans les plaies de l'abdomen par armes à feu. Union médicale. p. 373. (Der Fall soll beweisen, dass bei dem 35 Tage nach der Verletzung gestorbenen Pat., bei dem erst kurz vor dem Tode die Laparotomie bei ausgedehnten peritonitischen Adhäsionen gemacht worden und keine Darmperforation gefunden war, welche indessen bei der Section angetroffen wurde, durch zeitigen Bauchschnitt und Vernähen der Löcher hätte gerettet werden können.)

Nach Tilmann (1) wurden auf der chirurg. Klinik v. Bardeleben's in den letzten zwei Jahren 38 Schädelschüsse beobachtet, die alle nach denselben Principien und in gleicher Weise behandelt sind. Sie betrafen 34 Männer (19—67 J. alt), 3 Frauen (22—30 J. alt) und ein Kind und waren bis auf das Kind alle Selbstmordschüsse. Die Kranken gehörten fast alle den mittleren Ständen an, es entfielen die meisten Verletzungen auf die Sommermonate Juli bis September, die wenigsten (5) auf die Wintermonate, auf den Frühling und Herbst 9 bezw. 10.

Von sämmtlichen 38 sind 21 = 55 pCt. geheilt, 17 = 45 pCt. starben. Bei 16 konnte eine Eröffnung der Schädelhöhle nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden, sie wurden sämmtlich geheilt. Bei 22 war das Geschoss in die Schädelhöhle; eingetreten von diesen wurden 5 = 23 pCt. geheilt, 17 = 77 pCt. starben. Diese Zahl ändert sich, wenn noch 2 Fälle hinzugerechnet werden, bei denen eine Penetration zwar nicht nachgewiesen, aber doch mit grosser Wahrscheinlichkeit anzunehmen war. Dann würden auf 24 Fälle 7 = 29 pCt. Heilungen und 17 = 71 pCt. Sterblichkeit kommen. Diese Zahlen entsprechen denen, die bei den früher auf der Klinik beobachteten Schädelschüssen festgestellt sind. Von 159 Kopfschüssen endeten letal 66 = 41,5 pCt., günstig verliefen 93 = 58,5 pCt. Von den nicht in die Schädelhöhle eingedrungenen 58 Schüssen verliefen 57 günstig, ein Schuss, der in's Auge drang, ungünstig. Von den 101 penetrirenden verliefen 65 = 64,5 pCt. letal, 36 = 35,5 pCt. günstig. Rechnet man hierzu die obigen Zahlen, so erhhält man als endgültige Resultate der Klinik: von 197 Kopfschüssen mit Revolvern waren 83 = 42,1 pCt. letal, 114 = 57,8 pCt. günstig. 72 nicht penetrirende Schüsse verliefen bis auf einen günstig; von 125 penetrirenden endeten 82 = 6,5 pCt. letal, 43 = 34,4 pCt. günstig.

Die Behandlung war in allen Fällen eine gleichmässige. Nur 2 mal gab eine arterielle Blutung aus der Arteria temporalis superficialis Veranlassung zur Unterbindung des Gefässes. Sonst beschränkte sich die Behandlung auf sorgfältige Reinigung der Umgebung der Wunde, welche rasirt, mit sterilem Wasser und dann mit Aether gereinigt wurde. Die Schusswunde selbst wurde lediglich mit sterilen trockenen Gazebäuschen ausgetupft, dann mit Jodoformgaze oder steriler Gaze bedeckt, die durch einen Wattecollodiumverband festgehalten wurde. Lag die Schusswunde in der Nähe des Auges, des Ohres, des Mundes oder der Nase, oder bestand eine starke Schwellung der Haut oder Verbrennung derselben durch die Pulvergase, so wurde die Jodoformgaze durch einen Bindenverband mit Cambric befestigt. Diese Verbände blieben so lange liegen, bis Secret durchkam, oder bis Schmerzen oder Schwellung einen Wechsel nöthig machten. Beim Verbandwechsel wurde ebenfalls nicht gespült, nicht desinficirt, sondern lediglich mit sterilen Tupfern das vorhandene Secret entfernt, dann von Neuem in derselben Weise verbunden. Diese Behandlungsmethode hat sich ausgezeichnet bewährt. Bei allen Verletzten war der Wundverlauf ein völlig fieberloser, Wundkrankheiten traten nicht auf, und in 2—4 Wochen war die Schusswunde vernarbt. Nach der Kugel wurde nie gesucht, überhaupt die Wunde möglichst nicht berührt. Nur in einem Falle entsprach der Einschussöffnung in der r. Schläfe, eine Ausschussöffnung am l. Augenlid. Bei einem Verletzten wurde nach vollendeter Vernarbung der Schussöffnung die auf dem Knochen plattgedrückte Kugel durch Schnitt entfernt, bei den übrigen 14 Kranken blieb die Kugel im Körper stecken und heilte reactionslos ein, da ja eine Sondirung der Wunden, die Aufklärung geben könnte, nicht stattfand. Diese Thatsache ist ein neuer Beweis für die schon bekannte Annahme, dass wir in der Kugel nicht mehr den Infectionsträger sehen dürfen, als welcher sie früher galt. Eine Anzahl speciell mitgetheilter Fälle lassen wir ausser Betracht.

Haven's (6) Schuss in den Hals bei einem 20jähr. Mann erfolgte aus einem Marine-Revolver von 38 Caliber. Die Kugel drang rechts in der Höhe des oberen Randes des Schildknorpels unmittelbar über der Carotis ein und wurde an der anderen Schulter zwischen Spina und Acromion, am oberen Rande des M. trapezius, entfernt. Heftige Schmerzen in den Extremitäten, die ganze linke untere Extremität kalt und gelähmt, Sensibilität in geringem Grade vorhanden. Die rechte Unterextremität nicht gelähmt, aber die Sensibilität merklich vermindert. Beide Oberextremitäten theilweise motorisch und sensibel gelähmt; vollständiger Verlust der Kraft in der linken, theilweiser in der rechten Hand. Fortwährende heftige Schmerzen in allen Gliedern und in den Intercostalnerven der linken Seite, Schmerzen auch längs der ganzen Wirbelsäule bis zur Halsgegend; Lähmung der Blase. Die Diagnose schwankte zwischen Fractur eines Halswirbels mit Druck auf das Rückenmark oder einem Bluterguss in den Wirbelcanal. Da aber der Hals frei bewegt werden konnte und kein Zeichen von Fractur vorhanden war, wurde die zweite Alternative angenommen. — Unter Anwendung von

Anodynis heilte die Wunde ohne Eiterung in einer Woche. Nach 17 Tagen war das linke Bein noch vollständig gelähmt, das rechte hatte seine Sensibilität wiedererhalten. Nach 2 Monaten hatten Arm und Bein der rechten Seite Empfindung und Bewegung wieder erlangt; der linke Arm war gebessert, jedoch konnten die Finger noch nicht gebeugt und gestreckt werden. Nach 4 Monaten hatte Pat. die Krücken aufgegeben und konnte langsam umhergehen.

Carter's (7) Fall von Halsschuss mit nachfolgendem Aneurysma ist der folgende:

Ein 23jähr. Soldat erhielt von einem Cameraden in den Hals einen Revolverschuss, der im Nacken $1^1/_2$ Zoll nach links von der Mittellinie und $1^1/_2$ Zoll über den 7. Halswirbel ein- und $1^1/_2$ Zoll nach links von der Mittellinie des Unterkiefers und $^1/_2$ Zoll unter dem Kinnhöcker austrat. Bedeutender Shock, wahrscheinlich in Folge der Verletzung des N. vagus, erhebliche, 1 Pinte oder mehr betragende Blutung aus der Eingangswunde, die aber leicht durch Druck gestillt wurden. Einige Stunden lang Bewusstlosigkeit. Eine Schwellung 3—4 Zoll unter dem l. Kieferwinkel verminderte sich allmälig, jedoch blieb ein pulsirender Tumor von Taubeneigrösse zurück. Nach einiger Zeit wurde Pat. schwächer, hatte Schmerzen in der l. Seite des Kopfes und Halses, das Hören auf dieser Seite war um die Hälfte, das Sehen um $^2/_3$ vermindert. Ptosis des l. oberen Augenlides, Abweichen der vorgestreckten Zunge nach der l. Seite vorhanden, der Tumor, dessen Ausgang man von der Carotis und V. jugul. annahm, in der Vergrösserung begriffen. — 47 Tage nach der Verwundung wurde die l. Carotis freigelegt; der Verlauf der Kugel war sehr nahe unter ihrer Bifurcation sichtbar; die Art. lingual. schien verletzt zu sein und nach Compression der Carotis verschwand die Pulsation in dem Tumor. Doppelte Unterbindung der ersteren. Gute Heilung der Wunde; die Ligaturen stiessen sich erst nach einigen Monaten ab. Der Mann kehrte in den Dienst zurück und schien bis auf einen leichten Grad von Ptosis so gesund wie früher zu sein.

Bousquet's (10) Fall von Brustschuss ist folgender:

Ein 26jähriger herkulisch gebauter Mann erhielt fast à bout portant einen Schuss mit einem sehr kleinen Revolver (6 mm) in die r. Brustseite durch den vierten Intercostalraum, einen Querfingerbreit nach aussen vom Sternum. Heftige Schmerzen, starke Dyspnoe. Am 3. Tage ziemlich starke Blutung aus der Wunde und reichlicher Blutauswurf. Dies dauerte 9 Tage und schwächte den Pat. erheblich, während die Temperatur stieg und periodische Fröste eintraten, mit den Zeichen einer Entzündung der Pleura und der Lunge. Am 25. Tage wurde die Empyem-Operation zwischen der 6. und 7. Rippe gemacht. Da aber nach 11 Monaten die Eiterung noch fortbestand und Pat. ausserordentlich heruntergekommen war, wurden die durch einen Lappen freigelegten 4. bis 7. Rippen resecirt und der Fistelgang scarificirt, jedoch ohne sein oberes Ende innerhalb der Brusthöhle erreichen zu können. Keine Reaction und keine Complication. Es trat zwar bedeutende Besserung, aber keine Heilung ein und nicht ganz nach 8 Monaten wurde mittelst desselben Verfahrens an der 3.—6. Rippe eine neue Resection von 6—12 cm Länge ausgeführt und dabei eine über 2 cm verdickte Pleura freigelegt, die eine knorplige mit der Scheere nicht zu durchschneidende Härte zeigte. Mit dem Messer und scharfen Löffel wurden Massen von derselben und fungöse Granulationen entfernt und dabei die deformirte Kugel, sowie ein durch diese von der 5. Rippe abgesprengter Knochensplitter gefunden. Nach Bildung mehrerer Abscesse war in 7 Monaten die Heilung vollendet, mit einer unter dem Winkel des Schulterblattes befindlichen Einsenkung, in welche man die Faust legen konnte.

v. Mosetig-Moorhof's (9) Fall betraf ein 17jähr. Mädchen, das sich eine 7 mm Revolverkugel im 5. Intercostalraum, etwa 3 Querfingerbreit vom l. Sternalrande in die Brust gejagt hatte. Die Herzdämpfung wesentlich reducirt, dafür ein helltympanitischer Schall; in der Axillarlinie der l. Seite von der 6. Rippe abwärts Dämpfung, in den oberen Thoraxpartien metallisches Klingen bei kaum hörbarem Athem. Bei der Auscultation des Herzens hört man synchronisch mit den sonst reinen Herztönen glucksende, eigenthümliche Geräusche mit metallischem Beiklang. Die Diagnose wurde auf Verletzung der Lunge und des Pericardium mit Hämopneumothorax und Pneumopericardium gestellt. Mitverletzung des Zwerchfells und von Bauchorganen (Magen) wurde in suspenso gelassen. Am folgenden Tage Auftreten einer diffusen Peritonitis. Tod etwa 58 Stunden nach der Verletzung. — Section: Der Schusscanal durchsetzte den vorderen unteren Lungenrand, den unteren Zwickel des Herzbeutels, das Diaphragma, die Milz, den Magen nahe dem Fundus und endete neben der Wirbelsäule links zwischen der 6. und 7. Rippe, wo in einer Nische der Rückenmusculatur sich die Kugel fand. — Ein Fall mit ähnlichem Verlauf des Projectils findet sich unter 66 von Schröter gesammelten Magenschüssen 1 mal (Poncet de Cluny).

Turner (12) führt eine Anzahl von Herzverletzungen an, welche, entgegen der allgemein angenommenen Ansicht, beweisen, dass der Tod keineswegs immer bald nach der Verletzung erfolgt, dass sogar eine Heilung erfolgen kann. Die ersten nur kurz angeführten Fälle sind folgende: Es wurde die Leiche eines jungen Mannes gefunden, der ein 4 Zoll tief in der Brust steckendes grosses Schlächtermesser fest in der Hand hielt; die Section ergab, dass nicht weniger als 3 die Herzhöhle eröffnende Wunden vorhanden waren, die also vor der letzten zum Tode führenden Wunde gemacht sein mussten. — Ein Hirsch lief noch 60 Ellen weit, nachdem er durch das Herz geschossen war. Die Eröffnung der Brust zeigte, dass das linke Herzohr ganz vernichtet und der linke Ventrikel durch die Kugel vollständig zerrissen war. — Bei einem Soldaten, der 4 Tage, nachdem er auf sein Bayonnett gefallen war, gestorben war, fand sich, dass dasselbe durch den Lungenrand gegangen, das Pericardium perforirt, einen Ventrikel $1^1/_2$ Zoll von seiner Spitze eröffnet hatte und durch das Mediastinum in die Wirbelsäule gedrungen war. — Bei der Section eines vor 10 Jahren mit einem Stilet verletzten Mannes fanden sich Adhäsionen zwischen Lunge und Herzbeutel und dieses mit dem Herzen in ganzer Ausdehnung. An der Innenfläche des rechten Ventrikels war eine den kleinen Finger durchlassende Oeffnung im Septum zwischen beiden Ventrikeln vorhanden. — Der von T. selbst beobachtete Fall war folgender:

Ein junger Malteser kam im Zustande von äusserstem Collapsus mit einer Wunde in der Herzgegend in das Hospital. Erst sehr allmälig erholte er sich, und nach $4^1/_2$ Monaten, nachdem durch eine Rippen-Resection ein Empyem entleert worden war, war er im Stande, im Bett aufzusitzen und konnte im Saale herumgefahren werden. Eines Morgens beim Verbande wurde er plötzlich von Convulsionen und Bewusstlosigkeit befallen und starb am Abend. Als Todesursache ergab sich ein apoplectischer Bluterguss in das

Gehirn, ohne dass eine Embolie nachzuweisen war. Die Pleura war am Pericardium adhärent. Das Innere desselben und die Oberfläche des Herzens waren granulös (granular) und etwas seröse Flüssigkeit im Pericardium enthalten. Entsprechend der äusseren Wunde fand sich im Pericardium eine Narbe und unmittelbar darunter eine ebensolche an der vorderen Fläche des Herzens. Dieselbe war $^3/_4$ Zoll lang, horizontal gestellt und über dem interventriculären Septum, ungefähr $1^1/_2$ Zoll von der Herzspitze entfernt, gelegen. Auf dem Durchschnitt zeigte sich, dass sie $^5/_8$ Zoll tief in die Herzmusculatur eindrang. Die l. Art. und V. coronaria waren durchtrennt worden. — Offenbar hatte die Herzverletzung, wenn sie auch entfernt mit der Todesursache in Zusammenhang stand, nicht den Tod unmittelbar veranlasst.

[Pisarezewski, G., Ein Fall von Schussverletzung des Herzens, welcher erst nach 7 Stunden letal endigte. Medycyna. No. 31.

Ein 30jähr. Mann hatte sich in selbstmörderischer Absicht eine Revolverkugel mässigen Calibers in die Herzgegend gejagt. Der unmittelbar hierauf herbeigeholte Arzt fand denselben bei vollem Bewusstsein, Puls und Athem normal. Pat. klagte bloss über Brustschmerzen. Nach dem etwa 1 km entfernten Spital überführt, war Pat. noch im Stande, daselbst trotz Ermahnung herumzugehen. Am folgenden Morgen, 7 Stunden nach der Verletzung, erfolgte plötzlich der Tod. — Bei der Section fand man $1^1/_2$ cm lateralwärts vom linken Sternalrande unterhalb der 4. Rippe die $^1/_2$ cm im Durchmesser betragende Einschussöffnung. Der untere Rand der 4. Rippe vom Periost entblösst. Der obere linke Lungenlappen in seinem vorderen Theile von der Kugel durchbohrt. In der linken Pleurahöhle etwa 3 Liter flüssigen Blutes. An der vorderen und rückwärtigen Wand des Pericardiums je eine durch weiche Gerinnsel obturirte Oeffnung. Im linken Herzmuskel unterhalb des Sulcus atrioventricularis ein für den Finger passirbarer Schusscanal. Von dem Cavum cordis war derselbe durch eine sehr dünne Muskelschicht getrennt, welche noch dazu an einigen Stellen kleine, durch zerfasertes Muskelgewebe verdeckte Spalten besass.

Trzebicky (Krakau).]

Klemm (13) hat, unter sorgfältiger Benutzung der neuesten einschlägigen Literatur und unter Zuhülfenahme von 32 Thier-Experimenten (namentlich an grossen Hunden), eine gediegene Abhandlung über Magen- und Darmschüsse geliefert, die ihn zu den folgenden Schlussfolgerungen geführt hat:

1. In der bei weitem grössten Mehrzahl perforirender Bauchschüsse sind Eingeweide verletzt. — 2. Am häufigsten ist der Magen-Darmtractus betroffen. — 3. Die Wunden sind meistens multipel. — 4. Die Grösse derselben ist unabhängig von der Grösse und dem Bau des Geschosses; sie wird bestimmt von dem Treffwinkel der Kugel. — 5. Ein Verschluss der Wunden durch einen Schleimhautpfropf findet nur in den seltensten Fällen statt. — 6. Es tritt fast immer Koth aus. — 7. Die Folge des Kothaustrittes ist Infection des Hämatoms und septische Intoxication. — 8. Bei exspectativer Behandlung ist die Regel der Ausgang in Tod. — 9. In jedem Falle einer Schussverletzung des Abdomen, wo Verdacht auf Läsion von Eingeweiden besteht, ist die Spaltung der Bauchdecken bis auf das Peritonaeum im Bereiche des Einschusses angezeigt. — 10. Ist das Bauchfell perforirt, so soll die Laparotomie in der Linea alba folgen. — 11. Je nach Ausdehnung und Beschaffenheit der Wunden werden diese einfach vernäht oder es muss die Resection eines Stückes des Darmes vorgenommen werden. — 12. Eine schon bestehende Peritonitis ist keine Contraindication für den Eingriff. — 13. Derselbe ist verboten bei hochgradigem Verfall des Kranken, bedingt durch septische Intoxication oder primären Wund-Shock. — 14. Die Operation soll nur unter ausreichenden äusseren Verhältnissen von kundiger Hand unter genügender Assistenz ausgeführt werden.

Bonomo und Rho (14) haben über penetrirende Bauchschusswunden im chirurgischen Institut zu Rom 81 Experimente an Hunden, theils mit einer Drehpistole, Caliber 7, theils mit dem Flobert-Gewehr ($5^1/_2$ mm) in verschiedener Weise angestellt und damit frühere ähnliche Experimente, sowie die Erfahrungen während des Lebens verglichen. Wir geben nachstehend das Hauptsächlichste aus ihren Conclusionen wieder:

1. Ein in den Bauch eindringendes Projectil kann nur ausnahmsweise die compacte Masse der Eingeweide durchdringen und sie entweder unverletzt lassen oder nur die leichtesten, von selbst heilenden Verletzungen verursachen. — 2. Die Perforationen des Magen-Darmcanals sind so häufig, dass man bei jedem in der Bauchhöhle zurückgebliebenen Projectil solche annehmen muss. — 3. Blutung in die Bauchhöhle ist eine häufige Complication in Folge der Verwundung von Zweigen der Artt. mesentericae und gastroepiploicae. — 4. Ein Erguss von Gastro-Intestinal-Inhalt folgt unmittelbar auf die Verwundung und fehlt wahrscheinlich nur dann, wenn das getroffene Eingeweide leer, oder die Perforation sehr klein, oder ihr Verlauf schräg war, wie man an Perforationen des Magens und der Blase sehen kann. — 5. Es ereignet sich leicht, dass in der Bauchhöhle Stücke der Kleidung und Haare dicht an den Rändern der Darm-Perforationen gefunden werden, oder in den durch das Parenchym der Leber oder Milz verlaufenden Schusscanälen zurückbleiben und, abgesehen von den Infectionskeimen, die sie mit sich führen, ein Hinderniss für die Verklebung der Perforationsöffnungen der Därme mit dem Parietal-Peritoneum oder den benachbarten Organen abgeben und folglich die Spontanheilung erschweren oder unmöglich machen. — Wenn die Folgen eines penetrirenden Projectils so schwere sind, werden die natürlichen Hülfsquellen ziemlich beschränkt sein. — Aus fremden und eigenen Experimenten ist der Schluss zu ziehen, dass bei der Behandlung von Bauchschüssen mit der grössten Beschleunigung eingegriffen werden muss, wenn keine speciellen Contraindicationen vorliegen und wenn die Bedingungen, welche von der modernen Chirurgie verlangt werden, erfüllbar sind. — Wenn man auch die Möglichkeit einer Spontanheilung anerkennen muss, ist es doch ziemlich gefährlich, sich auf das Vorhandensein nur ziemlich ausnahmsweise vorhandener günstiger Umstände zu verlassen. — 6. In zukünftigen Kriegen wird der Chirurg, wenn er sich einer ausserordentlichen Zahl von Verwundeten gegenüber befindet, mit gutem Gewissen bei einem Theile derselben sich abwartend verhalten können. — Die Laparotomie wird, wie nicht zu bezweifeln, bei den Bauchschüssen weit bessere Resultate, als das expectative Verfahren geben,

wenn sie zeitig, an einem mit allen Hülfsmitteln versehenen Orte und bloss von Solchen, die wohl geübt und mit der vervollkommneten speciellen operativen Technik vertraut sind, ausgeführt wird.

Tiffany (15) beschreibt 4 Fälle von Laparotomie bei Bauchschüssen:

1. 30jähr. Mann, Pistolenschuss in die rechte Seite des Bauches zwischen Rippen und Darmbein, in der Richtung quer durch den Bauch. Bei der Aufnahme nach 5 Stunden kein Zeichen von Darmwunde, Respiration normal, Bauch weich. Eine Stunde später Bauchschnitt von 6 Zoll Länge: Etwas Blut in der Bauchhöhle, 5 Wunden im Dünndarm mit Lembert's Naht verschlossen; die Kugel lag in einem Dünndarm nahe einer Wunde desselben. Die Bauchhöhle mit abgekochtem Wasser ausgespült und gereinigt, mit Seidennähten geschlossen, im unteren Wundwinkel ein Drainrohr zurückgelassen, und ein voluminöser Verband angelegt. Der (trunkene) Pat. riss sich in der Nacht den Verband ab und ging mit entblösster Wunde im Krankensaale umher. Er wurde wieder verbunden und zu Bett gebracht; am anderen Morgen fand sich aber wieder der Verband abgerissen und die Wunde freiliegend. — An den folgenden Tagen öfter Erbrechen, Unruhe; Tod am 8. Tage. — Section: Peritonitis im Becken und um den Verlauf des Drainrohrs; die vernähten Wunden des Dünndarms geheilt, glatt und glänzend, nicht an ihrer Nachbarschaft adhärent, die Nähte mit Exsudat bedeckt. Das Colon ascendens zeigte zwei Perforationen nahe bei einander, gegen die Bauchhöhle durch Exsudat verschlossen, offen nach der Wunde in der Weiche. Ein Kleiderfetzen lag im Verlauf der Kugel nahe dem Colon. Die Kugel selbst fand sich im Dünndarm. — Der Verschluss der Wunden war so ausgeführt worden, dass der Schorf in quere Richtung zu dem Längsdurchmesser gebracht war, so dass durch Ausdehnung des Darmes die Wundränder nicht von einander getrennt, oder die Nähte zerrissen werden konnten.

2. 22jähr. Mann, Pistolenschuss rechts von der Linea alba, ungefähr $2^1/_2$ Zoll über dem Nabel vor 3 Stunden. Pat. klagte über grosse Schmerzen, Bauch hart, bei Druck sehr schmerzhaft. Bauchschnitt in der Mittellinie; es fanden sich 8 Dünndarm-Perforationen und 4 Wunden des Mesenteriums. Die ersteren vernäht, in letzterem 2 blutende Gefässe unterbunden, die Wunden aber nicht vereinigt. Blut und Faeces mit abgekochtem Wasser reichlich aus der Bauchhöhle ausgespült. Dem Pat. keine Nahrung, bloss Eisstückchen gereicht. Pat. am folgenden Tage fieberlos. Am 9. Tage die Nähte entfernt, wobei sich einige Naht-Abscesse fanden. Die Reconvalescenz wurde am 22. Tage durch einen Dysenterie-Anfall von 3 tägiger Dauer unterbrochen. Heilung ohne Bauchbruch; Pat. aber empfohlen, wenigstens ein Jahr lang eine Bandage zu tragen.

3. Schuss in Milz und Niere, Bauchschnitt, Blutstillung durch tiefe Naht, Heilung; schon in Medical News. 1894. Vol. 65. p. 546 publicirt.

4. 39jähr. Mann, Pistolenschuss 3 Zoll von der Mittellinie und 2 Zoll unter dem rechten Rippenrande. Einige Dämpfung in der rechten Flanke; kein Anzeichen der Verletzung eines Bauchorgans vorhanden. — Schnitt von der Wunde aus direct abwärt, 7 Zoll lang, parallel der Linea alba; dabei die Art. epigastrica 3 mal durchschnitten und unterbunden. In der rechten Bauchhälfte Gerinnsel und flüssiges Blut vorhanden, das entfernt wurde; die Kugel war durch den rechten Leberlappen gegangen; es fand aus beiden Oeffnungen eine Blutung statt; auch im Magen zwei Oeffnungen, davon die Ausgangsöffnung unter der Milz in der grossen Curvatur des Magens gelegen. Im Omentum einiges Blutextravasat, keine Darmwunde aufzufinden, ebensowenig die Kugel. Beide Oeffnungen in der Leber wurden mit Gaze tamponnirt, die Magenwunden vernäht, die Bauchwunden bis auf die herausgeführten Gazestreifen vereinigt. Mit dem zweiten Stuhlgange entleerte Pat. die Kugel, die wahrscheinlich in das Colon descendens unter der Milz eingetreten war. Am 5. Tage Entfernung der Nähte und erster Verbandwechsel, am 6. die mit Galle getränkten Gazestreifen entfernt. Danach floss eine grosse Menge Galle in den Verband, die harten Stühle waren farblos. Gefärbte Stühle traten erst vom 16. Tage an ein, bei fortdauernder Verminderung der Galle im Verbande; nach 10 Wochen war die Wunde geheilt.

Tiffany knüpft daran folgende Conclusionen:

1. Eine penetrirende Bauchwunde ist nicht stets begleitet von Symptomen, die der Ausdehnung der Verletzung entsprechend sind. — 2. Viele tödtliche Verletzungen können vorhanden sein, ohne deutliche Symptome zu verursachen. — 2. Tödtliche Verletzungen können auch vorliegen, ohne dass Shock vorhanden ist. — 4. Die Eingangswunde muss erweitert werden und wenn das Geschoss in die Bauchhöhle eingedrungen ist, ist der Bauchschnitt erforderlich. — 5. Der letztere muss bald nach der Verletzung stattfinden, ehe das Peritonaeum inficirt worden oder viel Blut verloren gegangen ist. — 6. Ausspülen der geöffneten Bauchhöhle mit warmem Wasser oder warmer normaler Salzlösung ist ein ausgezeichnetes Stimulans für das Herz. — 7. Die Bauchwunde sollte, wenn ausführbar, ohne Drainage geschlossen werden.

Schaeffer's (16) Fall von glücklich verlaufenem Bauchschuss bei einem preussischen Soldaten ist folgender:

Derselbe erhielt, hinter der Scheibe stehend, den Schuss von vorn und kehrte ohne Hilfe und Anstrengung in die Deckung zurück. Unter dem rechten Rippenbogen fand sich der Einschuss, auf der rechten Seite des Rückens, in der Höhe des ersten Lendenwirbels, der Ausschuss, zwei Querfinger von der Mittellinie entfernt. Leib unempfindlich, Leberdämpfung erst drei Querfinger breit über der Wunde beginnend. Geringer Blutausfluss aus der Ausgangsöffnung. Antiseptischer Verband. Transport auf einer Räderbahre im Krankenkorbe etwa 1 Stunde lang bis in's Lazareth. Denkbar günstigster Zustand des Pat.; Allgemeinbefinden vorzüglich, Puls kräftig und regelmässig. Im Urin nur geringe Blutbeimengung. Am 3. Tage zwei spontane reichliche Stuhlentleerungen. Nach 1 Monat verliess Pat. das Bett und war einige Wochen später den ganzen Tag über auf. — Es wurde in diesem Falle eine leichte Verletzung der rechten Niere als wahrscheinlich, eine solche des Darmes als zweifelhaft angenommen. Des Pat. Darmcanal war zur Zeit der Verletzung wahrscheinlich ziemlich leer gewesen.

Aievoli's Fall (19) von Laparotomie betraf einen 27jährigen Mann, der sich angeblich beim Putzen seines Gewehres in den Bauch geschossen haben wollte und erst 20 Stunden darnach in das Hospital gekommen war. 6 Stunden später sah ihn A. Nachdem der Leib von Schmutz, Blut, Exsudat befreit und rasirt worden war, fand sich links vom Nabel eine Wunde und eine Verbrennung ersten Grades mit Pulverkörnern, die bis nach der Wurzel der Oberschenkel in der Haut des Penis und Scrotum verbreitet waren. Leib aufgetrieben, etwas schmerzhaft. Es stellte sich aber heraus, dass Pat. bei einem Angriff von einem Anderen in den Leib geschossen worden war und dann

sich mit Mühe und blutend weggeschleppt hatte. Da steigende Temperatur vorhanden war und eine beginnende septische Peritonitis angenommen wurde, wurde ungefähr 36 Stunden nach der Verwundung die Laparotomie nahe der Medianlinie ausgeführt. Es entleerten sich 400 g reichlich mit Blut und Coagulis vermischte Flüssigkeit, das Peritonaeum zeigte sich vascularisirt. Auswaschen der Bauchhöhle mit warmer Kochsalzlösung. Eine Verletzung eines Baucheingeweides fand sich nirgends. Schichtweise Nähte der Bauchwunde; auch wurden die Ränder der unregelmässigen Schusswunde ausgeschnitten. Nach 4 Wochen war Pat. geheilt und konnte in's Gefängniss gebracht werden.

Prichard's (17) Fall von Schuss in den schwangeren Uterus war folgender:

Die 28jährige Frau, im 7. Monate schwanger, hatte aus nächster Nähe einen von der rechten Spina anter. super. eintretenden Revolverschuss erhalten. Nach einer Anzahl von Stunden wurde der Kaiserschnitt ausgeführt, der todte, ebenso wie die Placenta durchschossene Fötus zusammen mit dieser ohne Blutung entfernt und, um nicht den mit zwei Löchern versehenen Uterus zurückzulassen, auch dieser mit Hilfe des Ecraseurs exstirpirt und der Stiel aussen im unteren Theil der Wunde mit Hysterectomie-Nadeln befestigt. Es fanden sich noch 3 Darmschlingen durchschossen und wurden die 6 Oeffnungen mit Seidenfäden vereinigt, eine blutende Arterie im Mesenterium unterbunden, die Bauchhöhle von Blut gereinigt, mit Borlösung sorgfältig ausgewaschen und nahe dem Stiel ein Glasdrain eingelegt. Die Operation hatte $1\frac{1}{2}$ Stunden gedauert. Nach gutem Befinden in den ersten 3 bis 4 Tagen ging Pat. am 6. Tage, wie die Section ergab, an eiteriger Peritonitis zu Grunde. Die Schusslöcher im Darm waren vollständig verschlossen, der Stiel zusammengezogen.

In Peyrot's (18) Falle, in welchem eine Milzexstirpation stattfand, hatte der 27jährige Verletzte bei einem Mordanfalle Abends 5 Revolverschüsse, einen in jede Schulter, einen in die linke Hand, einen in den Schädel und einen in den Bauch, in die linke Flanke, in der Axillarlinie, mitten zwischen Rippenrand und Crista ilii erhalten. Grosser Collapsus, Aether-Injectionen erfordernd. Auftreibung des Leibes, Dämpfung in der ganzen linken Seite; die übrigen Wunden anscheinend unbedenklich. — Am folgenden Morgen Schnitt auf der linken Seite, etwas nach aussen vom M. rectus abdom.; bei der Eröffnung der Bauchhöhle findet sich ein bedeutender, mit Gerinnseln vermischter Bluterguss, der von der Lumbargegend bis in's Becken reicht. Nach Zurückschlagung der Därme und des Netzes sieht man an der äusseren Fläche der Milz eine 3 cm lange Wunde und im oberen Theile ihres Hilus eine Zerreissung. Durch Hinzufügung eines Querschnittes bis in die Eingangsöffnung kann man die Milz herausheben und sehen, dass dieselbe von unten und aussen nach innen und oben durchschossen ist. Nach Anlegung von Ligaturen wird sie abgeschnitten. Eine an der grossen Curvatur des Magens sich findende 2 cm lange, nicht penetrirende Schussrinne wird mit 6 Lembert'schen Nähten versehen. Die Verletzung eines Eingeweides ist nicht aufzufinden. Vereinigung der Bauchwunde mit Fil de Florence, sterilisirte Gaze zur Drainage im unteren Wundwinkel des queren Schnittes; Jodoformgaze-Verband. Dauer der Operation mehr als eine Stunde. Analeptica etc. — 2 Tage lang gutes Befinden, dann hohe Temperatur, starkes Erbrechen, Frost und Schweiss, Tod. — Gerichtliche Section: Weder Peritonitis noch neue Blutung; Darm unverletzt; Kugel frei in der Bauchhöhle unter dem Magen gelegen. Ueber die anderen Verletzungen, namentlich die des Schädels, keine Nachricht, daher die Todesursache nicht genau bestimmbar.

Armeehygiene und Armeekrankheiten

bearbeitet von

Dr. LANGHOFF, Oberstabs- und Regimentsarzt in Hameln.

I. Armeehygiene.

1. Organisation und Ausbildung des Sanitätspersonals. — Allgemeine Gesundheitspflege. — Ernährung. — Bekleidung und Ausrüstung.

1) Hausenblas, Der Sanitätsdienst bei einer Infanterie-Truppendivision im Felde. Referat nach: Der Militärarzt. Heft 7/8. — 2) Knoevenagel, Ueber kriegsmässige Vorübungen im Feld-Sanitätsdienst bei den Manövern. Neue milit. Blätter. September-Heft. Nach Militärztl. Zeitschr. Heft 11. — 3) La Garde, Louis A., The Medical Department in Time of War. Boston Journ. Bd. 135. No. 24. (Verf. giebt eine interessante Darstellung der Kriegssanitätseinrichtungen und der Hülfsmittel an Personal und Material in der Armee der Vereinigten Staaten und interessante statistische Beiträge über die Wirkungsweise des dort neu eingeführten Gewehres.) — 4) Unterkunft in den Militär-Lazarethen finden nach dem Milit.-Wochenbl. No. 52 nach Bullet. offic. du minist. de la guerre Officiere und Beamte, welche in dienstlichen Aufträgen im Süden von Algerien und Tunesien an Orten Aufenthalt zu nehmen haben, an denen es keine Wirthshäuser giebt. Das Gesuch geht an den Garnisonältesten. Für Wohnung incl. Beköstigung zahlen Generale 6, Stabs-

officiere 5, Subalternofficiere 4 Frcs. — 5) Lehrlazareth für Krankenpflegerinnen. Milit.-Wochenbl. No. 77 nach l'avenir milit. No. 2115. (Das qu. Lehrlazareth ist vom Verein der französischen Frauen gegründet, um Krankenpflegerinnen für den Dienst im Felde vorzubereiten. In dem Gebäude können 12 Kranke und 12 Verwundete untergebracht, nöthigenfalls aber auch die 4fache Zahl aufgenommen werden, indem dann 5 Zelte aus Leinwand und Eisen aufgestellt werden. Im Frieden können Personen des Soldaten- wie bürgerlichen Standes aufgenommen werden; in erster Linie finden krank aus den Colonien zurückgekehrte Soldaten Aufnahme.) — 6) Myrdacz, P., Handbuch für k. u. k. Militärärzte. VI. Nachtrag für das Jahr 1885. Lex.-8. Wien. — 7) Herz, Blessirtenträger und Krankenwärter. Der Militärarzt. Bd. 1 u. ff. — 8) Düms, Handbuch der Militärkrankheiten. Leipzig. — 9) Chase, H. Lincoln, Baths, Bathing and Swimming for Soldiers. Boston Journ. Vol. 135. No. 9 u. 10. — 10) Gerdeck, Ueber Heizung und Ventilation in Casernen vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege. Deutsche militärärztl. Zeitschr. Heft 2—4. — 11) Gemüseconserven werden nach Milit.-Wochenbl. No. 76 aus Oesterr.-Ungar. Militärblatt No. 24 in Oesterreich-Ungarn für den Kriegsfall in grösseren Mengen vorräthig gehalten. Vorzugsweise werden Erbsen-, Linsen- und Bohnenconserven (Purée) hergestellt, daneben auch Erbsenconserven mit Reis, Gries, Graupen, oder letztere 3 mit Einbrenn, Alles dies in Portionen zu 100 g, endlich auch Caffeeconserven mit Zucker in Portionentafeln zu 35 g. Die Herstellung geschieht in der Conservenfabrik zu Bruck an der Leitha. Zweimal wöchentlich wird für die Menage ein Abendessen aus solchen Gemüseconserven nach Wahl geliefert. Für Frühstück oder Abendessen an noch weiteren Tagen können nach Wunsch die Truppen solche Conserven zum Selbstkostenpreise von 2,75 Kreuzer für die Portion beziehen. — 12) Eiserne Ration der Armee der Vereinigten Staaten. Nach Milit.-Wochenbl. No. 83 aus Army and Navy Journal.

2. Dienstbrauchbarkeit.

13) de Quervain, Die Bedeutung der Halsrippen für die Militärtauglichkeit. Schweizer Correspondenzbl. Heft 8.

3. Erste Hülfe auf dem Schlachtfelde. — Verbände. — Erste Unterkunft der Verwundeten. — Verwundetentransport.

14) Mikulicz und Vollbrecht, Ein neues chirurgisches Taschenbesteck, insbesondere für den Feldgebrauch bestimmt. Deutsche militärärztl. Zeitschr. — 15) De Mooy, Gibus- und Harmonikazelt. Milit.-Wochenbl. No. 36. — 16) Herz, Die Verwendung des Zeltblattes als Feldtrage. Der Militärarzt. Heft 9/10. — 17) Schmeichler, Ein neuer Sanitätswagen und eine neue Feldtrage. Ebendas. No. 13/14. — 18) Braidwood, P. Murray, Hospital accomodation by the use of ships (hospital ships). The Lancet. 4. April. — 19) Port, J., Den Kriegsverwundeten ihr Recht. Stuttgart.

II. Armeekrankheiten.

Lazarethe. — Infectionskrankheiten. — Durch den Dienst erzeugte Krankheiten. — Andere Krankheiten. — Statistische Arbeiten und Berichte.

20) Calinescu, M. D. et J. Patarca, L'hôpital central de l'armée roumaine, déscription et fonctionnement. (Avec 46 figures en noir et colorées.) Bukarest. — 21) Kirchner, M., Studium der Lungentuberculose. Aus der hyg.-chem. Untersuchungsstation des X. Armeecorps. Zeitschr. f. Hyg. Bd.XXI. S. 493. — 22) Die Choleraerkrankungen in der Armee im Jahre 1894, und die gegen die Ausbreitung und zur Verhütung der Cholera in der Armee getroffenen Maassnahmen. Bearbeitet in der Medic. Abtheil. d. Preuss. Kriegsministeriums. — 23) Düms, Ueber postpneumonische Empyeme bei Soldaten. Nach einem in der Section für Militär-Sanitätswesen auf der diesjährigen Naturforscherversammlung gehaltenen Vortrage. Milit.-ärztl. Zeitschr. Heft 11. — 24) Eichenwald, Wien, Der Plattfuss, dessen Formen, sein Zusammenhang mit dem Schweissfusse und der Einfluss beider auf die Marschfähigkeit und Diensttauglichkeit des Soldaten. Referat aus der Milit.-ärztl. Zeitschrift. No. 5. — 25) Leitenstorfer, Metz, Typische Knochenhautentzündung des Schienbeins bei Rekruten. Ebendaselbst. Heft 9 und 10. — 26) De Santi, De la mort subite attribuée à l'insolation dans l'armée. Arch. génér. Juni und Juli. — 27) Düms, Ueber Trommlerlähmungen. Deutsche militärärztliche Zeitschrift. Heft 4. — 28) Schjerning und Kranzfelder, Ueber die von der Medicinalabtheilung des Kriegsministeriums angestellten Versuche zur Feststellung der Verwerthbarkeit Röntgen'scher Strahlen für medicinisch-chirurgische Zwecke. 10. Heft der Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militärsanitätswesens. — 29) Dieselben, Zum jetzigen Stand der Frage nach der Verwerthbarkeit der Röntgenschen Strahlen für medicinische Zwecke. Deutsche medic. Wochenschrift. No. 34. — 30) Villaret, Ein Wort über vergleichende Heeresstatistik. Deutsche militärärztliche Zeitschrift. Heft 3. — 31) Derselbe, Heereskrankheiten. In Realencyclopädie der gesammten Heilkunde von A. Eulenburg. III. Aufl. — 32) Wehrsteuer in Frankreich. Aus Mil.-Wochenbl. No. 31 nach Progrès milit. No. 1605. — 33) Kriegsministerieller Bericht über die Rekrutenaushebung in Frankr. 1895. Reprod. aus Berl. Neueste Nachrichten. No. 345. — 34) Rechenschaftsbericht des Preussischen Vereins zur Pflege im Felde verwundeter und erkrankter Krieger. Reproducirt aus Berliner Neueste Nachrichten. 1895. No. 315. (Der qu. Bericht bringt neben anderem interessanten Zahlenmaterial Interessantes über die Sanitätscolonnen: Ihre Anzahl ist 1895 erheblich vermehrt und betrug 387 mit 8409 Mitgliedern. Ausserhalb Preussens gab es noch 146 mit 3745 Mitgliedern. Für die Ausrüstung dieser Colonne mit Uebungsmaterial wurden in Preussen 17363 Mark verausgabt; seit Errichtung dieser Körperschaften hat das Preussische Centralcomité für deren Ausbildung die Summe von 119236,28 Mark aufgewendet.) — 35) Lémure, J., Madagascar. L'expéd. au point de vue médical etc. 8. Paris. — 36) Garnisonbeschreibung von Liegnitz. Herausgegeben vom Kriegsministerium. Berlin. — 37) Die hygienischen Verhältnisse der grösseren Garnisonorte der österr.-ungar. Monarchie. XIII. Innsbruck. 12. Mit 1 Karte und 15 graph. Beilagen. Wien. — 38) Knesebeck, B. von dem, Die deutsche freiwillige Kriegskrankenpflege im Kriegsjahre 1870/71. Gedächtnissrede. gr. 4. Berlin.

Hausenblas' (1) Arbeit ist ein ebenso interessanter, wie wichtiger Beitrag zu der in allen Armeen jetzt erstrebten Anbahnung inniger Wechselbeziehungen zwischen Generalstab und Militärärzten, welche letztere im Zukunftskriege Hand in Hand werden gehen müssen. H. erörtert an der Hand eines allmälig sich aufrollenden Manöverbildes bis ins Detail die Tactik der Sanitätsverbände der Division d. h. ihre Aufstellung, Bewegungen, Maassnahmen,

den Einfluss des Geländes auf die letzteren. Zunächst schildert er die Maassnahmen, die der Divisionsarzt betreffs Eintheilung der Aerzte, Disposition über Truppen- und Hauptverbandplätze, Theilung des Feldlazareths, Beschaffung von Transportfahrzeugen zu treffen hat. Innerhalb des Rahmens der Fortentwicklung des Gefechtes während zweier Gefechtstage wird die Thätigkeit der resp. Aerzte unter Verweisung auf die Reglements und Berücksichtigung der formalen Seite eingehend besprochen. Zum Schluss stellt H. etwa folgende Forderungen auf: 1. Zuweisung von berittenen Ordonnanzen an den Divisionsarzt statt an die Sanitäts-Detachements. 2. Eintheilung der Aerzte für die Verbandplätze mit Rücksicht auf die tactische Gruppirung der Division für den Vormarsch (Angriff). 3. Einspännige Wagen statt der Reitpferde für die Truppenärzte. (! Ref.) 4. Ueberweisung der geleerten Proviantwagen etc. zum Verwundetentransport. 5. Vereinigung der Verwundetentransportcolonnen der Feldlazarethe mit den Sanitätsdetachements an den Gefechtstagen. 6. Erhöhung der Etats der Sanitäts-Detachements an Officieren und Mannschaften. An die interessante Arbeit knüpfte der Referent ebenso interessante Besprechung bezw. Kritik.

Knoevenagel (2), der um die Ausbildung dieses hochwichtigen Dienstzweiges sehr verdiente Practiker, giebt neue interessante Gesichtspunkte für die Vervollkommnung dieses Dienstes. Die Feld-Sanitätsdienstübungen haben sich bei der Division zu concentriren, der Divisionsarzt muss aber durchaus selbstständig — allerdings gestützt auf die Mittheilungen über die Gefechtslage — handeln und seinerseits durch Meldungen die Division über seine Maassnahmen unterrichten. Um die Uebungen kriegsmässig zu gestalten, wünscht K. dringend die Mitnahme von Feldlazarethen oder wenigstens von Theilen derselben. Sehr beachtenswerth ist auch, was Verf. für die Vertheilung des Personals vorschlägt. Der Divisionsarzt leitet die ganze Uebung, je 1 Oberstabsarzt die Uebung bei den beiden Parteien. Für das mitzunehmende Feldlazareth sind je 2 Sanitätsofficiere auf jeder Seite erforderlich, ebenso je 2 für das angenommene, zu theilende, Sanitätsdetachement. 5 Sanitätsofficiere werden für die Truppenverbandplätze gebraucht, 4 stehen der Truppe zum Dienst zur Verfügung. Die Kritik hätte der Corpsgeneralarzt mit dem Chef des Stabes abzuhalten, bei grossen Manövern ein Generalarzt im Generalsrange, bezüglich der Generalstabsarzt. Es soll nie gleich im Beginn des Gefechtes disponirt, dagegen während oder unmittelbar nach der Uebung berichtet werden. Truppenverbandplätze sollen combinirt für grössere Truppentheile errichtet werden. Ein für alle Mal giltige Entfernungen für Wagenhalte und Hauptverbandplatz können nicht gegeben werden. Die Bestimmungen über kriegsgemässe Vorübungen im Feld-Sanitätsdienste möchte K. als Anhang in die Felddienstordnung aufgenommen sehen. Die obligatorische Theilnahme der Generalärzte bei den Manövern hält er für wünschenswerth. Höhere Sanitätsofficiere sollten die Generalstabs-Uebungsreisen zu ihrer Ausbildung mitmachen, den Truppenübungen in ihren Standorten als Zuschauer beiwohnen und auch an den Kriegsspielen theilnehmen. Die Krankenträgerübungen sollten von 10 auf 20 Tage ausgedehnt werden. Auch die Sanitätsofficiere des Beurlaubtenstandes, ja selbst Samariter- und freiwillige Krankenträgervereine sollten bei diesen Gelegenheiten sich practische Kenntnisse erwerben.

Herz (7) betrachtet auf Grund vergleichender Studien der Reglements in den europäischen Staaten die Zulänglichkeit der in der österreichischen Armee gebotenen Hilfeleistungen durch Blessirtenträger und Krankenwärter. Er stellt fest, dass wie in allen anderen Staaten, so auch in Oesterreich, in gleichem Maasse wie für die Verbesserung der Geschosse, so auch für Verbesserung und Vermehrung des Sanitätshilfsdienstes gesorgt sei. In Bezug auf die Aerzte selbst ist Deutschland am besten versorgt, indem dort eine Division über 54 Aerzte verfügt, (Frankreich 45, Italien 36, Russland 30, Oesterreich 37). Den Sanitätshilfsdienst bei den Truppen leisten in Oesterreich Blessirtenträger: pro Regiment 1 Feldwebel, pro Bataillon 1 Corporal, pro Compagnie 4 Mann.

Es erhalten practische Schulung im Krankenwärterdienst alljährlich pro Compagnie 2 abcommandirte Infanteristen (Jäger) und pro Bataillon ein Corporal. Den Unterricht ertheilen nach der „Instruction für Truppenschulen" die Militärärzte. Der Friedensstand der Sanitätstruppe ist im Jahre 1893 erhöht auf: 9 Zugführer, 9 Corporale, 31 Gefreite und 171 Sanitätssoldaten = 220 Mann. Personal ist also ausreichend vorhanden. Gefahren liegen aber in der Verbindung des Blessirtenträgerdienstes mit dem Dienst eines Krankenwärters. Die Krankenwärter werden meistens auf 3 Monat in die Truppenspitäler commandirt. Bei Bestimmung der Sanitätsschüler wird der Compagniechef natürlich sich überlegen, dass er den qu. Mann nach Ablauf des 1. Dienstjahres zur practischen Schulung in das Spital abgeben muss, und dass derselbe dann auf 3 Monate als Krankenträger commandirt wird, er ihn also für die Compagnie fast verliert. Er wird deshalb gern minderwerthiges Material heraussuchen. Solches Material taugt aber nicht zum Blessirtenträger, deren schwerer, verantwortungsvoller und gefahrreicher Dienst nach Verf. der Grundstein ist, auf dem sich das ganze Kriegssanitätswesen aufbaut. H. will also den qu. Dualismus beseitigt wissen, damit der Compagniechef, dem der Blessirtenträger nicht, wohl aber der häufig abcommandirte Krankenwärter für die Compagnie verloren geht, alsdann für den Dienst als Blessirtenträger die geistig und körperlich brauchbarsten Leute wähle. H. schliesst an diese Betrachtungen schliesslich eine ausführliche Darstellung der Schwierigkeiten der Krankenpflege und macht eingehende Vorschläge über die Art der Ausbildung der Krankenwärter und die ihnen zu ertheilende Instruction.

Düms (8) hat zur Orientirung und Belehrung, namentlich der jüngeren Militärärzte, aus eigener Erfahrung heraus und unter Verwerthung des umfangreichen Materials der kriegsministeriellen Sanitätsberichte ein Handbuch, illustrirt mit recht guten Ab-

bildungen. geschaffen, das sich die Aufgabe macht, die dem Soldatenstande eigenthümlichen oder in ihm wenigstens besonders häufig vorkommenden chirurgischen Krankheiten darzustellen. Diese benöthigen besonderer Erfahrungen namentlich in Bezug auf die Frage der Dienstfähigkeit und eventueller Invalidisirung. Da diese Fragen vielfache Analogien haben in der Kranken- und Unfallgesetzgebung, entbehrt das D.'sche Buch auch nicht des Interesses für Kassenärzte. Der Zusammenhang zwischen Krankheit und angeblicher oder thatsächlicher Dienstbeschädigung wird in jedem Falle einzeln erörtert Anhangsweise wird eine kurze Abhandlung über die Grundsätze für die Beurtheilung und Behandlung von Schusswunden gegeben.

Lincoln Chase (9) entwickelt eingehend die Bedeutung des Badens und Schwimmens für die Militärhygiene an der Hand der für die verschiedenen Armeen gebräuchlichen Reglements, bespricht ausführlich die diesbezüglichen Mustereinrichtungen der Militär-Academie der Vereinigten Staaten zu West Point, der Naval-Academie in Annapolis und der neuen städtischen Bäderanlage in Brooklyn, die man zum Ausgangspunkt nehmen kann für ähnliche Constructionen für militärische Zwecke. Die Kosten des Baues und Betriebes der letzteren Badeanstalt werden ausführlich angegeben, den Schluss bildet ein interessanter Plan für ein Militär-Badeetablissement.

Gerdeck (10) sucht die schwierige Aufgabe der Heizung und Ventilation von Casernen auf Grund umfassender Studien zu lösen namentlich auch unter Berücksichtigung der Schwierigkeit, die darin liegt, einerseits genau abzugrenzen, was Luftbedürfniss, was Luftvergeudung ist, andererseits den nothwendigen Bedarf an hygienisch einwandfreier Luft möglichst wohlfeil zu beschaffen. Von der umfangreichen Studie können wir nur einige Stichproben geben. Wenn es gilt, ein Centralsystem zu schaffen, so empfiehlt sich die Warmwasserheizung, wenn sie mit einem die zweimalige Lufterneuerung in der Stunde garantirenden Luftwechsel verbunden ist. Daneben muss für ausreichende Sommerventilation gesorgt sein. Centrale Dampfhochdrucksysteme sind für Casernen zu verwerfen, weil die Röhren bei dieser Heizung in Folge des auf ihnen lastenden Druckes nicht dicht bleiben und schwere Beschädigungen der Bewohner durch Ausströmen von Dampf oder Bersten der Röhren entstehen können. Von den Niederdruck-Dampfsystemen lobt er das System Bechem und Post. Als das Empfehlenste und zugleich Einfachste empfiehlt sich bei einer Corridorcaserne mit impermeablen Wänden die locale Ofenheizung und ausgiebige, von der Heizung getrennte locale Ventilation. Der Ofen ist so zu wählen, dass seine Speisung mit Verbrennungsluft regulirt werden kann. In bereits gebauten Casernen ist er beim Corridorsystem für ausreichende Ventilirung der Corridore — mindestens mit zweimaliger Lufterneuerung in der Stunde — für impermeable Wände in den Wohnräumen, künstliche Ventilation, unverstellbare Ventilationsöffnungen, bei möglicher Richtung des Hauptluftstroms von der Decke zum Fussboden, für locale Heizung eines regelmässig und gut Wärme leitenden regulirbaren Ofens.

Eine kriegsministerielle Commission (12) hat für die eiserne Ration Folgendes festgesetzt: dieselbe soll nur aus gewohnten Nahrungsmitteln bestehen und keinen erheblichen Diätwechsel bedingen. Es wurden deshalb Fleischkuchen aus getrocknetem und pulverisirtem Fleisch, Corned beef und getrocknetes oder geräuchertes Rindfleisch, weil bei der Herstellung zu viel Nährstoff verloren geht, und das Albumin hart wird, verworfen, ebenso gekochtes Rindfleisch in Büchsen als zu unschmackhaft, wenn es nicht 35—75 pCt. Wasser enthält, und peptonisirtes Fleisch, weil es die Verdauung zu wenig anregt. Hafermehl wurde als ungewohnt und Durchfälle verursachend ausgeschlossen, ebenso Käse, als bei der Truppe nicht beliebt, Colanuss, weil noch nicht genügend bewährt, dem Caffee oder Thee wurde vor dem Cacao der Vorzug gegeben. Die Ration setzt sich zusammen aus Hartbrot, Speckseitenschnitten und verschiedenen comprimirten Suppen, dazu Caffee oder Thee, Salz, Pfeffer und etwas Tabak. Das Brot soll (mit Rücksicht auf den Speck) nicht fetthaltig sein, sich in warmem Wasser leicht auflösen lassen und eine braune Kruste haben. Als Speck wird Magerspeck bevorzugt. Die Suppen sollen Proteïn liefern und deshalb pulverisirtes Fleischmehl, Erbsen- oder Bohnenmehl enthalten. Die Ration enthält: 453 g Hartbrot, 284 Speck, 113 Erbsenmehl, 57 Caffee oder 14 Thee, 18 Salz, 1 Pfeffer, 14 Taback d. h. im Ganzen 940 mit Caffee oder 897 mit Thee. Sie stellt bei 730 g wasserfreier Nahrung in Folge des hohen Fettgehaltes 4110 Calorieen dar. Bei dem hohen Nährwerth der eisernen Ration, die beinahe zum Ersatz des Muskelverbrauches ausreicht, würde das höchste vom Soldaten zu tragende fünftägige Quantum im dringenden Bedarfsfalle auch auf 10 Tage vertheilt werden können.

Quervain (13) macht anknüpfend an 2 näher beschriebene Fälle von Halsrippe aufmerksam auf die Bedeutung dieses Körperfehlers für den Militärdienst. Meist handelt es sich um eine 7. Cervicalrippe, die mit der 1. Brustrippe durch einen von dieser aufsteigenden und mit der Halsrippe articulirenden Knochenzapfen in Verbindung steht. Diese, dem Träger bis dahin meist unbewusste, Knochenbildung verursacht beim Tornistertragen hochgradige Beschwerden durch intensiven Druck auf das Armnervengeflecht und die Schlüsselbeinschlagader. Der Druck auf letztere verursacht directe Compressionserscheinungen und reflectorisch auf das Herz übertragene Reizungserscheinungen. Heilung ist natürlich nur durch Exstirpation oder Resection der qu. Cervicalrippe zu erzielen. Q. mahnt die Militärärzte, bei der Rekrutenaushebung und bei Klagen von Soldaten über Schwäche im linken Arm und über Herzklopfen sich des gelegentlichen Vorkommens solcher Halsrippen zu erinnern, und will als Regel aufgestellt und durch die Dienstanweisung festgehalten wissen, dass jeder Träger einer Halsrippe, vom Militärdienst zu befreien ist z. B. nach der Rubrik „be-

deutendere Exostosen und Neubildungen der Knochen." Im Ganzen sind in der Literatur bisher etwa 140 Fälle von Halsrippen mitgeteilt, wovon nur $^1/_5$ an Lebenden festgestellt sind.

Mikulicz und Vollbrecht (14) construirten und beschreiben ein Taschenbesteck für den Feldarzt. Ihre Aufgabe hatten sie sich dahingestellt: 1. dem Besteck ein möglichst handliches Format zu geben, 2. die Instrumente darin so unterzubringen, dass sie in reinem Zustande jeder Zeit zum Gebrauch bereit sind, 3. eine solche Auswahl der Instrumente zu treffen, dass allen Anforderungen in Bezug auf erste Hülfeleistung auf dem Gefechtsfelde Genüge geschieht. Das Taschenbesteck ist von der Firma H. Haertel in Breslau zum Preise von 70 Mk. zu beziehen.

De Mooy (15), dessen sehr practische Räderfahrbahre im vorigen Jahresbericht beschrieben ist, hat von dem Grundsatz: „möglichste Ersparniss an Zeit, Raum, Personal und Geld" ausgehend, ein neues Zeltsystem construirt. Diese Zelte sind, damit der innere Raum nicht durch Stützen etc. verringert wird, aus einem, zwei oder vier Bogen von Holz, Rohr oder Aluminiumrohr angefertigt, die in die Zeltleinwand eingenäht sind. Die Bogen verlaufen unten in eiserne Spitzen, welche bis an eine damit verbundene hohle Platte in den Boden getrieben werden können. Ungefähr zur halben Höhe der Bogen sind an der Aussenseite kupferne Crampen angebracht, an denen die Seile befestigt sind, welche vermittelst hölzerner Heringe in den Boden festgesetzt werden. Bogen, Leinwand, Zeltseile sind untrennbar miteinander verbunden, so dass das ganze Zelt aus einem Stück besteht. Die Bogen mit der Leinewand werden wie eine Ziehharmonika zusammengefaltet und auseinandergezogen. Ein solches Zelt für 16 Kranke oder 32 gesunde Soldaten wiegt nur 60 kg und kostet nur 120 Gulden. Es besteht aus 2 Bogen, ist 4,5 m breit, 8 m lang und 2,5 m hoch. 2—3 Mann können es in 20 Minuten aufschlagen. Das Zelt ist vollkommen zu desinficiren und auf Wagen zu transportiren.

Herz (16) giebt Methoden an, um aus der von jedem Infanteristen ins Feld mitzunehmenden Zeltausrüstung, speciell aus dem Zeltblatt, einem schiefwinkligem Viereck aus erdbraunem Baumwollstoff von je 202 cm Seitenlänge, eine Feldtrage zu improvisiren, indem 2 solcher Zeltblätter um Tragestangen oder ev. auch Gewehre mit bestimmten Handgriffen festgeschlungen werden. Die qu. Nothtragen sollen zum Transport der Verwundeten vom Schlachtfelde zum Verbandplatz und zum Weitertransport auf Wagen in die Feldlazarethe dienen.

Schmeichler (17) beschreibt eingehend einen vom Fabrikanten Goldschmidt construirten Sanitätswagen und dazu passende Feldtragen. Der Wagen, dessen Detail hier nicht beschrieben werden soll, enthält 3 Abtheilungen: im vorderen Fächer für Medicamente, Conserven und Verbandzeug, nebst 2 Sitzen für Leichtverwundete, im Mitteltheile werden 4 Schwerverwundete auf den qu. Tragen, die von der Seite eingeschoben werden, untergebracht, im hinteren Theile zwei Kochkessel und ein Petroleumbehälter für die Speisung der Kesselbrenner, sowie ein Reservoir für rohes Fleisch mit Wasser- oder Eiskühlung. Oben dient dieser dritte Raum zur Unterbringung von 4 Leichtverwundeten oder von 2 auf Tragbahren ruhenden Schwerverwundeten. Die Tragbahre besteht aus gezogenen, unbiegsamen Stahlblechrohren, ist 4,2 kg leichter als die bisherige, kann zur Räderbahre schnell umgewandelt und dann von einem Manne bedient werden.

Braidwood (18) giebt nach einem interessanten geschichtlichen Ueberblick eine Darstellung, zum Theil durch sorgfältige Skizzen erläutert, über Pläne für Hospitalschiffe und über die Organisation des Dienstes in denselben, zum Schluss noch eine ausführliche Uebersicht der bezüglichen englischen Literatur, die als sehr reichhaltig bezeichnet werden muss.

Port (19) führt aus, dass in der ersten Hülfe für die Verwundeten noch viel zu geschehen habe. Die strategische Leitung widerstrebe einer vollkommenen Durchführung des Erstrebenswerthen, weil der dadurch entstehende Ballast die Kriegszwecke schädigen könnte. Seine hauptsächlichen Forderungen sind: Genfer Binde für die Hülfskrankenträger, die nur als solche zu verwenden sind, schnelle Vorwärtsbewegung der Krankentragen auf zwei Walzen, ärztliche Arbeit erst auf dem Truppenverbandplatz, besseres Absuchen des Schlachtfeldes, bei Nacht Aufstellung von „Schlachtfeldwachen" durch das Sanitätspersonal, Vermehrung der Sanitätsfuhrwerke, behufs Entlastung der Hauptverbandplätze und Fortschaffung aller Verwundeten bei unglücklichem Gefechtsausgange.

Calinescu et Patarca (20) haben im amtlichen Auftrage und auf Kosten des Kriegsministeriums in Rumänien eine höchst bemerkenswerthe und durch vortreffliche Illustrationen sehr instructiv ausgestattete Beschreibung des neuen, mit einem Kostenaufwand von mehr als 3 Millionen Francs gebauten, Centrallazareths geliefert. Die Opulenz und der Comfort dieser Musteranlage rechtfertigen den Anspruch der Verff., diesem Lazareth einen der ersten Plätze unter den europäischen Hospitälern anzuweisen. Eine ausführliche Beschreibung zu geben, fehlt der Raum; wir können nur eine Uebersicht des Inhaltes des sehr lesenswerthen Werkes geben. Bestimmung, Anlage und allgemeine Dispositionen des Baues, Erleuchtung, Ventilation, Heizung, Latrinenanlage sind in den ersten 5 Capiteln geschildert. Im 6. Capitel wird an Durchschnitten der Pavillon für Chirurgie in seinen Stockwerken dargestellt, wovon namentlich im Erdgeschoss die Luftkammern, die Heizkammern in ihrer Anordnung, im Parterregeschoss die neben den Krankenzimmern gelegenen Ecksäle, die Bade- und Waschzimmer, das Operationszimmer mit seinen bequem und reichlich geschaffenen Nebenräumen interessiren, in der 1. Etage die Räume für die viel-

seitigen Sammlungen. Die Seitenflügel enthalten zum Theil Wohnzimmer für die Zöglinge. Die Abbildungen der Operationssäle beweisen Comfort und Opulenz. Gut ausgestattet sind auch die Pavillons für innerlich Kranke, wohnlich der Pavillon für kranke Officiere. Der Pavillon für ansteckende Krankheiten entspricht den modernsten technischen Anforderungen. Der Krankenhausbetrieb wird eingehend geschildert. Das Hospital dient auch den Studienzwecken der „militärärztlichen Schule", die in einem stattlich eingerichteten Pavillon untergebracht ist. Verwaltungsgebäude, Küche und Bäder sind mustergiltig. Die benachbarte Lazarethgehilfen-Caserne ist nachahmenswerth. Alles in Allem haben wir eine Musteranlage vor uns.

Kirchner (21) hat auf Anregung des Stabsarztes Dr. Hahn von Dorsche, dem es auffiel, dass in seinem Bataillon nacheinander im Herbst 1893 ein Feldwebel, im Juni 1894 ein Sergeant und im Mai 1895 wieder ein Sergeant, die alle 3 längere Zeit Kammerunteroffizier gewesen waren, an Lungentuberculose erkrankten, 8 Staubproben aus der qu. Montirungskammer untersucht und in 3 derselben Tuberkelbacillen in virulentem Zustande durch Meerschweinchenimpfung nachgewiesen. Verf. bezeichnet dieses Untersuchungsresultat mit Recht als ein ausserordentlich Bemerkenswerthes, indem damit zum ersten Male der Nachweis der Tuberkelbacillen in einem nicht der Krankenpflege dienenden Raum erbracht ist. Für ihn steht es fest, dass die 3 qu. Unterofficiere, die Monate lang in diesem Raum gearbeitet haben, durch den tuberkelbacillenhaltigen Staub inficirt sind. Es eröffnet dieses Untersuchungsresultat hochwichtige Gesichtspunkte in Bezug auf die Prophylaxe solcher Infectionen durch Kleiderstaub, und, da die bisher als einzig wirksam erprobte Desinfection solcher Uniformstücke durch strömenden Wasserdampf als öconomisch unmöglich feststeht, lässt es die Hoffnungen, die wir zur Zeit auf die Desinfection durch Formaldehyd setzen müssen, noch viel verführerischer erscheinen.

Die Choleraerkrankungen in der Armee. Der Bericht (22) umfasst die allgemeinen gesundheitlichen Vorbeugungsmaassregeln, die Controlle der Wasserversorgung, die allgemeine Vorbereitung für jede einzelne Garnison, die Vorbereitung von Sonderlazarethen, von Desinfectionsmitteln und Apparaten, von Transportmitteln und die Beschaffung des eventuell nöthigen Personals. Vermöge der getroffenen Maassregeln, konnten die Kaisermanöver im Bereich des I. und XVII. Armeecorps in einem von Cholera an einzelnen Stellen heimgesuchten Gebiete durchgeführt werden, ohne dass eine einzige Erkrankung an Cholera unter den Truppen vorkam. Zu dieser bemerkenswerthen und vorbildlichen Leistung bedurfte es allerdings der Abcommandirung von vielen Sanitätsofficieren und Aerzten des Beurlaubtenstandes.

Düms (23) lenkt die Aufmerksamkeit auf mehrere interessante ätiologische Momente dieser Krankheitsform, die beim Militär immerhin recht häufig vorkommt, da z. B. von 227 eitrigen Brustfellentzündungen, die in dem Berichtsjahr 1890/92 Anlass zu operativen Eingriffen boten, nicht weniger wie 75 (33 pCt.) sich an eine Lungenentzündung angeschlossen hatten. Meist ist, nach D., die pleuritische Entzündung als eine direct fortgeleitete bei diesen postpneumonischen Empyemen aufzufassen und schliesst sich am häufigsten an typische lobäre Pneumonien an. Die Häufigkeit solcher Pneumonien bei Soldaten erklärt sich durch die specifisch militärischen Einflüsse des engen Zusammenwohnens, der Erkältungen, der Traumen (Bajonnetstösse, Turnen, Hufschläge), der verschiedenen Phasen der militärischen Ausbildung. Dass bei Soldaten nicht selten die schon von der Krankheit ergriffene Lunge durch Fortsetzung des Dienstes weiter insultirt wird, erklärt es, dass bei Soldaten die Bacillen tief eindringen und leichter den Weg zur Pleura finden, als bei Leuten, die ihre Lungen, auch die erkrankten, gleichmässig und ruhig zunächst athmen lassen können. Setzt ein pneumonieerkrankter eifriger Soldat seinen Dienst fort, so geben die im Dienst möglicherweise einwirkenden Contusionen viel eher Gelegenheit zur Entwickelung von Empyemen, als dies in anderen Berufsarten anzunehmen ist. Auch daran ist zu denken, dass solche Contusionen etwaige bereits in den Luftwegen lagernde Streptococcen tief in die Luftwege hineindrängen, und dass die ergiebigen Inspirationen bei anstrengenden Uebungen derartige Keime besonders gewaltsam in die feinsten Verzweigungen der Lungenverästelung hineinreissen. So kommt es, dass man in eiterigen Exsudaten ausser dem Fränkel'schen Diplococcus auch reichlich Streptococcen, daneben auch gelegentlich Typhusbacillen, Bacterium coli, Erysipelcoccen, in jauchigen Exsudaten die verschiedensten Formen von Fäulnisspilzen gefunden hat. — Tuberculöse Exsudate sind nach D.'s Erfahrung bei Soldaten nicht so häufig, wie es die Lehrbücher darstellen. Zuweilen ist bei den postpneumonischen Pleuritiden endemisches Auftreten beobachtet, z. B. Frühjahr 1895 in Leipzig. Zum Schluss giebt Verf. noch wichtige Fingerzeige für Probepunction, Prognose und Therapie. Die Prognose ist günstiger als die meisten Kliniker angeben, da die Statistik für die deutsche und russische Armee bis zu 75 pCt. Heilung bei Pleuritis verzeichnet.

Eichenwald (24) beschreibt in sehr sorgsamer Weise die militärisch so wichtige Plattfussfrage. Nach Darstellung der verschiedenen Formen des Plattfusses, beleuchtet er die pathologische Anatomie und die Aetiologie dieses Leidens, dann den besonders wichtigen Zusammenhang zwischen Plattfuss und Schweissfuss. Das eingesunkene Fussgewölbe bei Plattfuss übt nach E. mechanischen und thermischen Reiz auf die Schweissdrüsen aus und drückt und zerrt die secretorischen Nerven. Die folgenden Abschnitte behandeln die Symptome des Schweissfusses, Prognose, Therapie etc. Zum Schluss wird die Fussbekleidungsfrage erörtert.

Leitenstorfer (25) lenkt die Aufmerksamkeit auf eine nach seiner Schilderung wohl characterisirte Exercierkrankheit, eine traumatische Knochenhautentzündung, die mit Vorliebe das obere Drittel oder doch die obere Hälfte des Schienbeins betrifft. Dieselbe geht nie in Eiterung über, zweitens befällt sie

ausnahmslos Fusssoldaten, drittens solche nur als Rekruten, viertens solche nur in den angestrengtesten Exercierperioden und fünftens betheiligt sie — wie schon gesagt — nur das obere Schienbeinende. Sie ist nicht eine Constitutionsanomalie, sondern, ähnlich wie die Sehnenscheidenentzündung an der Aussenseite des Unterschenkels, eine Exercier- oder Marschkrankheit, die durch fortgesetzte und forcirte Anstrengung bestimmter Muskeln und durch deren beständige Zerrung am Nachbargewebe entsteht. Die Entstehungsursache der Affection sucht L. in den besonderen anatomischen Verhältnissen der oberen Schienbeingegend. Es dient nämlich die innere Schienbeinkante der sehr starken, die ganze Unterschenkelmusculatur wie eine Scheide umspannenden Fascia surae und in ihrem oberen Mittel dem kräftigsten aller Unterschenkelmuskeln, dem M. soleus zum Ansatz. Dieser Muskel wird neben dem M. quadriceps femoris am meisten beim strammen Auftreten mit forcirter Plantarflexion angestrengt. Da die Fascie mit ihrem tiefen Blatte fast allen Unterschenkelmuskeln zum Ursprung dient, so findet bei angestrengtem Gebrauch des Beines ein beständiger directer und indirecter Muskelzug entlang der inneren Schienbeinkante statt, der schliesslich zur Knochenhautentzündung führt. Die Häufigkeit der qu. Exercierkrankheit beweist Verf. durch Zusammenstellung von 101 solchen Fällen, die er aus den Krankenblättern des Garnisonlazareths Metz für die letzten 10 Jahre herausgesucht hat. Generalarzt Laveran in Paris beschreibt in seiner neu erschienenen Militärhygiene diese Krankheit als „periostite de fatigue", der dänische Oberstabsarzt Dr. Laub hat von dieser Krankheitsform „periostitis e labore", in 7 Jahren 156 Fälle im Kopenhagener Lazareth gesehen und behandelt.

de Santi (26) liefert eine ebenso interessante wie ausführliche Darstellung über den Hitzschlag bei den Armeen in den Tropen und macht darauf aufmerksam, dass oft plötzliche Todesfälle dem Hitzschlag zugeschrieben werden, während sie in Wahrheit nur perniciöse Fieberanfälle sind. Ebenso wie das latente Sumpffieber immer nur im Anschluss an irgend einen Krankheitszwischenfall (Erkältung, Magenverstimmung, Trauma, Eingeweidewürmer, Zahnweh, Tripper) in die Erscheinung tritt, so genügen bei latentem Sumpffieber auch geringe Erhöhungen der Körpertemperatur zur Auslösung eines Fieberanfalles. Dementsprechend sind natürlich Muskelanstrengungen, die nur um einige Zehntelgrade die Temperatur ansteigen lassen, schon geeignet, Fieberanfälle hervorzurufen, in dem Grade, dass man sogar, vom Fieber früher schon befallen gewesen, willkürlich z. B. beim Ausüben des Jagens in Sonnenhitze, bei sich selbst Temperatursteigerungen hervorrufen kann. Das Experiment ist naturgemäss sehr gefährlich, denn man hat es nicht in der Hand, zu verhindern, dass der Anfall zu Gehirnerscheinungen oder gar zu Coma führt, in welchem Falle der Anfall dann als Hitzschlag gelten würde. Von letzterem unterscheidet S. drei Arten 1. durch acute Ueberanstrengung (Muskelgifte) 2. durch Asphyxie (Kohlensäurevergiftung) 3. durch perniciöse Fieberanfälle (Ptomaïne des Sumpffiebers). Alle drei können durch Herzcollaps zum Tode führen. Die 2. Art ist die leichteste, kommt hauptsächlich bei jungen, der Märsche ungewohnten Soldaten vor, bietet das auch uns wohlbekannte Schulbild, wird durch rechtzeitiges Ruhen verhindert. Die 3. Art ist die schwerste, befällt meist die älteren, von Malaria durchseuchten, Soldaten, auch Unteroffiziere und Offiziere. Das souveräne Mittel dagegen sind intravenöse oder subcutane Injectionen von Chinin hydrochl., Antipyrin. ana 4,0 Aq. dest. 6. Zum Schluss wird die Therapie, auch die in anderen Armeen übliche, genau besprochen und kritisirt.

Düms (27) giebt interessante Aufschlüsse über die Entstehungsweise der Trommlerlähmung. Diese in der deutschen Armee nicht allzuselten beobachtete Verletzung (von 1881 bis 1890 berichtet der Sanitätsbericht über 21 Fälle) hatte man früher im Sinne der Beschäftigungsneurosen aufgefasst, und von Zander hatte sie in einer Dissertation vom Jahre 1891 (siehe dieselbe Zeitschrift 1892. S. 472 u. ff.) für eine acute, durch Ueberanstrengung hervorgerufene, periphere, musculäre Lähmung erklärt. D. fasst, ausgehend davon, dass die Lähmung ganz unabhängig von einer intendirten Trommlerbewegung, auch in der Ruhe bestehe, das Wesen dieser Lähmung ganz anders auf. Nach ihm handelt es sich, wie ihn zwei derartige Beobachtungen lehrten, um Veränderungen in der Structur der Sehne des Extensor pollicis longus, die schliesslich zur Sehnenzerreissung an der Stelle führen, wo die gespannte und entzündlich afficirte Sehne beim Trommeln den grössten Zerrungen ausgesetzt ist, nämlich unterhalb des peripheren Randes des Lig. carpi dorsale. In dem einen Falle war dem j. Manne der Moment der Zerreissung nicht fühlbar geworden, in dem anderen Falle wurde die Sehne fühlbar auseinandergesprengt. Die leichteren Fälle wären dann so zu erklären, dass die Sehne noch erhalten bleibt, aber in ihrer Straffheit leidet. Der Ausschlag der Muskelcontraction reicht dann nicht mehr hin, um die erkrankte Sehne straff zu spannen und ausserdem noch den Daumen zu strecken. D. schlägt vor, die Fälle, in denen es nur zu Veränderungen in der Sehne kommt, als „Trommlersehne", die ausgesprochenen Fälle von Ruptur aber als solche direct zu bezeichnen. Für letztere Fälle ist natürlich die einzige rationelle Therapie nur die Sehnennaht.

Schjerning u. Kranzfelder (28) waren beauftragt, die Verwerthbarkeit der Röntgen'schen Strahlen auf dem Gebiete der Kriegschirurgie und Militärmedicin zu prüfen. Diese ungemein interessanten Untersuchungen geschahen mit Hülfe der Physicalisch-technischen Reichsanstalt. Die erzielten Darstellungen, die in interessantester Vielseitigkeit gewonnen wurden, liessen Schlussfolgerungen zu: 1. für die bildliche Darstellung des Körperinnern überhaupt, 2. für die Durchlässigkeit der verschiedenen Gewebe für X-Strahlen, 3. für das Auffinden von Fremdkörpern. Die Verff. erschöpfen mit ihren interessanten, durch einen Atlas illustrirten Darlegungen den derzeitigen Standpunkt dieser hochwichtigen Entdeckung. Aus den im Original nachzulesenden 19 Schlusssätzen heben wir als speciell militär-

ärztlich interessant hervor den zwölften, der bezüglich eingeheilter Geschosse lehrt, dass man solche ruhig sitzen lassen soll, so lange sie nicht stören, ja dass der Militärarzt jetzt die Aufgabe habe, den durch die Röntgen'sche Entdeckung beunruhigten Invaliden zu beruhigen und vor der Operation zu bewahren durch die Aufschlüsse, die uns die R.'sche Photographie giebt. Im 12. Schlusssatz wird auf die Möglichkeit hingewiesen, in den Reservelazarethen die geheilten Schussverletzungen mittelst R.'schen Verfahrens zu photographiren, und so dienstliches Aktenmaterial zu gewinnen für die Beurtheilung von späteren Klagen der Invaliden, für die objective Gradbemessung der Invalidität und für etwaige später nothwendige operative Eingriffe. Auch für die Beurtheilung von Friedensinvaliditätsfällen zum Beispiel auch in Hinsicht auf Uebertreibung und Simulation kann die Durchleuchtungsmethode uns wichtige Aufschlüsse geben.

Dieselben (29) ergänzen ihre früheren (s. No. 28) Mittheilungen durch die Darstellung des Standes der Technik der X-Strahlen Mitte 1896. Den Bemühungen der Technik ist es gelungen, die X-Strahlenquelle möglichst punktförmig zu concentriren und so die Absorption der Strahlen zu verringern und die Ruhmkorff'schen Apparate leistungsfähiger für die qu. Zwecke herzustellen. Zur Zeit ist jeder sagittale Brust- und Bauchdurchmesser für die Strahlen leicht durchgängig, ebenso die hirnerfüllte Schädelkapsel. Transversale Durchleuchtungen des Rumpfes geben noch nicht so helle Bilder, die Beckenhöhle ist noch nicht zu durchleuchten. Die Empfindlichkeit der photographischen Platten verlangt für dichtere Gebilde z. B. Kopf noch 20—30 Minuten, für die Hand nur noch $^1/_2$—2 Minuten Expositionsdauer. Die Anwendung des fluorescirenden Schirmes fördert die medicinische Diagnostik erheblich, sie gestattet z. B. die Zwerchfellkuppe und die Leber scharf zu sehen, ja ein pleuritisches Exsudat oder eine Infiltration der Lunge nachzuweisen, ebenso pathologische Weichtheilveränderungen und weiche Geschwülste im Knochen. Die diagnostische Hülfsverwerthung der Strahlenbilder erfordert aber nach wie vor grosse Kritik und umfassende diagnostische Vorkenntnisse und leistet das Beste noch immer in dem sichtbaren Nachweis von Fremdkörpern im Innern des Organismus. Von 4 durch künstliche Trepanationsöffnung in einen Schädel eingeführten 8 mm Infanteriegeschossen ergab die transversale Durchleuchtung deutliche Bilder. Handelt es sich um kleinere Schattentheile und geringe Nüancen in der Abschattung, so bietet nur die Photographie Sicherheit in der Deutung der Bilder.

Villaret (30) stellt ausgehend von einer Kritik der Arbeit eines französischen militärärztlichen Schriftstellers E. Antony, wichtige Grundsätze auf für solche statistischen Arbeiten. Zunächst fordert er, dass man stets eine längere Reihe von Jahren umfasst, damit Zufälligkeiten sich ausgleichen, und nur die charakteristischen, constant bleibenden Züge dargestellt werden. Dann darf man natürlich nur gleichwerthige Armeen vergleichen und nicht z. B. die englische Werbe-Armee mit einer auf der allgemeinen Wehrpflicht beruhenden Armee. Sodann muss man so vertraut sein mit den Verhältnissen der Armeen, dass man die Kranken richtig rubricirt, da z. B. unsere Lazarethkranken nicht ohne Weiteres den malades à l'hôpital der Franzosen gegenüber gestellt werden können, da Letztere noch eine Gruppe: malades à l'infirmerie haben, die einen Theil unserer Lazarethkranken in sich einschliessen. Auch bei der Beurtheilung der Entlassungen in Folge von Dienstunbrauchbarkeit muss man vorsichtig sein. In einer Werbe-Armee wird man nicht so schnell entlassen, als bei uns, woselbst die „Invaliden“ ihrem Lande in anderen Berufszweigen noch lange Dienste leisten können und sollen, weil wir sie eben frühzeitig entlassen. In Bezug auf die Entlassungen in Folge von Lungenleiden rechnet V. dem Autor schliesslich nach, dass er auf unrichtigen Unterlagen seine Berechnung aufgestellt hat, und dass durch Lungenleiden die deutsche Armee einen wesentlich kleineren Verlust erleidet als die französische.

Derselbe (31) hat in einer sehr verdienstvollen Arbeit, fussend auf eingehendem Studium der Militärsanitätsstatistik, die Heereskrankheiten in den Ländern mit allgemeiner Wehrpflicht erörtert. Als Heereskrankheiten kann man gewisse Krankheitsgruppen bezeichnen, welche vermöge der Menschenanhäufung in den Casernen und vermöge der speciellen Eigenthümlichkeiten des militärischen Lebens und der militärischen Dienstverrichtungen häufiger zur Beobachtung kommen. V. bespricht als solche Heereskrankheiten die Infectionskrankheiten in den Armeen. Obenan stellt er die Thatsache, dass die Gesundheitspflege in diesen Heeren eifrigst gefördert ist und ohne Frage segenbringend gewirkt hat. Interessant ist folgende vergleichende Gegenüberstellung der Verluste durch Kriegsmassen und durch Krankheiten in den Feldzügen. Der Tod durch Kriegswaffen verhielt sich zum Tod durch Krankheit:

1811—1814	wie	1 : 2,8	(England in Spanien).
1828—1829	„	1 : 4,0	(Russland).
1854—1856	„	1 : 3,7	(Franzosen, Krimfeldzug).
1854—1856	„	1 : 3,8	(Engländer).
1866	„	1 : 1,44	(Preussen).
1866	„	1 : 1,1	(Oesterreicher).
1870/71	„	1 : 0,55	(Deutsche).

In welchem Maasse bei den Friedensarmeen die gesundheitlichen Bestrebungen die Erkrankungs- und Sterbeziffer stetig herabzusetzen vermocht haben, lehrt am besten die Berechnung V.'s, nach der im Durchschnitt der 10 Jahre von 1882 bis 1892 in Folge von Krankheit starben:

In der deutschen Armee 2,6 pM. K., in der österreichisch-ungarischen 5,6 pM. K., in der französischen 6,2 pM. K., in der italienischen 8,86 pM. K., während dieselben Zahlen für 1882 waren: 3,2, 8,0, 7,7, 9,35. Für die deutsche Armee ist der stetige Rückgang der Sterblichkeit nachweisbar schon seit den zwanziger Jahren dieses Jahrhunderts. Dieses Heruntergehen der Sterblichkeitsziffer beruht im Wesentlichen auf Abnahme der Infectionskrankheiten. Dieses erörtert V. für Pest,

Pocken, Cholera, Typhus, Ruhr, Malaria, Lungentuberculose, Lungenentzündung u. s. w. Bei jeder dieser Krankheiten wird Geschichte, Vorkommen in den Armeen, Bekämpfung und Prophylaxe besprochen. Die typhösen Krankheiten bilden den besten Maassstab für die Beurtheilung des Geleisteten.

Es erkrankten an Typhus und gastrischem Fieber:

	in der deutschen	in der österr.-ungar.	in der französ. Armee:
1882	10,1 pM. K.	10,6 pM. K.	35,3 pM. K.
1891	0,28 „	0.8 „	1,28 „

An Wechselfieber erkrankten:

	in der deutschen	in der österr.-ungar.	in der französ. Armee:
1882	16,3 pM. K.	133,9 pM. K.	14,8 pM. K.
1892	2,0 „	30,6 „	3,4 „

In allen Armeen gehen die venerischen Erkrankungen zurück:

	in der deutschen	in der österr.-ungar.	in der französ. Armee:
1882	38,2 pM. K.	73,7 pM. K.	60,8 pM. K.
1892	29,4 „	69,4 „	39,9 „

V.'s Arbeit beweist uns, dass in der Militärhygiene richtig gearbeitet wird und Segensreiches gewirkt ist.

Von der Bezahlung der Wehrsteuer (32) befreit waren im Jahre 1894: 136328 Pflichtige, und zwar 26081 als ganz untauglich, 42484 als älteste Söhne von Wittwen, 4753 als Studenten oder im Ausland Lebende, 40082 aus Gesundheitsrücksichten Zurückgestellte, 15363 den Hülfsdienstzweigen Ueberwiesene, 7265 als Ernährer ihrer Familien, 162091 wegen Bedürftigkeit. Das Gesammterträgniss der Wehrsteuer belief sich auf 3223271 Frcs.

Der kriegsministerielle Bericht (33) giebt über diese nationalöconomisch sehr wichtige Frage der Rekrutenaushebung in Frankreich interessante Details. Die Zahl der Militärpflichtigen betrug im Jahre 1895 337109, was ungefähr die Hälfte der vor 20 Jahren festgestellten Geburten der Kinder männlichen Geschlechts ausmacht. Im Jahre 1875 (Krimkrieg) stellten sich 296504, im Jahre 1885 309097. Als dauernd unbrauchbar wurden 1895 27633 erklärt, gegen 29797 im Jahre 1875. Der Procentsatz der Unbrauchbaren ist also in 20 Jahren von 10 auf 8 herabgesunken (Besserung der physischen Constitution oder strengere Beurtheilung?). Die durchschnittliche Körpergrösse beträgt seit 20 Jahren 1,64 m. Die Zahl der Analphabeten ist noch immer auffällig hoch und stellt sich auf 18659 (5,53 pCt.), gegen 16,37 pCt. im Jahre 1875 und 11,3 pCt. im Jahre 1885. Sogar im Seine-Departement kamen auf 23447 Auszuhebende noch 338 Analphabeten (incl. Idioten). Im Ganzen sind 1895 von den 337109 Militärpflichtigen 242165 sofort eingestellt.

Die qu. Garnisonbeschreibung (36) erscheint als dritte und schliesst sich in ihrer Anordnung denen von Cassel und Stettin im Allgemeinen an. Besonders ausführlich sind die climatischen Verhältnisse besprochen. Die Garnisonanstalten (Caserne, Lazareth, Waschanstalt) sind in dem gesundesten Stadttheil errichtet und werden als Musteranlagen geschildert. Besonders interessant ist das Capitel der Wasserversorgung, das um so wichtiger ist, als der Gesundheitszustand von Liegnitz einerseits durchaus kein günstiger ist (35 pM. jährliche Sterblichkeit), andererseits der Typhus in letzter Zeit in der Civil- und Militärbevölkerung mehrfach epidemisch aufgetreten ist. Trotz strenger Beaufsichtigung und mehrfacher Verbesserung der Wasserleitung hat die Militärbehörde sich veranlasst gesehen zu der Anordnung, dass aus der städtischen Leitung nur Gebrauchswasser für die Caserne, das Trinkwasser dagegen aus einem Pumpbrunnen entnommen wird. Die Sterblichkeitsziffer der Garnison betrug 1882/83 bis 1891/92 in Folge von Krankheiten 4 pM., an gastrischem Fieber und Typhus erkrankten in dieser Zeit 531, starben 43 (= 18,9 bezw. 1,5 pM. Iststärke). Die letzte Typhusepidemie brachte der Garnison 172 Erkrankungs- und 12 Todesfälle. Das beigegebene kartographische Material ist sehr umfangreich.

Krankheiten des Bewegungsapparates (Knochen, Gelenke, Muskeln), Orthopädie, Gymnastik

bearbeitet von

Prof. Dr. JULIUS WOLFF und Dr. JOACHIMSTHAL in Berlin.

I. Krankheiten der Knochen.

A. Allgemeines.

1) Hirsch, Hugo Hieronymus, Zur Frage der Beeinflussung der Knochengestaltung durch Muskeldruck. Centralbl. f. Chir. No. 25. S. 593. — 2) Müller, Ernst, Zur Frage der Beeinflussung der Knochengestaltung durch Muskeldruck. Erwiederung auf den gleichlautenden Artikel von Dr. H. Hirsch in diesem Blatte. No. 25. Ebendas. No. 30. S. 713. — 3) Spencer, W. G., The Erasmus Wilson lectures on the general pathology of bone. Lancet. May 30., June 6., June 13. p. 1471. — 4) Thiel, Osteoplastischer Ersatz einer Phalanx nach Exarticulation derselben wegen Spina ventosa. Centralbl. für Chir. No. 35. S. 833. — 5) Bayer, Josef, Osteoplastischer Ersatz der beiden vorderen Stützpunkte des Fussgewölbes. Ebendaselbst. No. 52. S. 1233. (Bardenheuer hat in Fällen, in denen eine der beiden vorderen Fussstützen [Capitulum metatarsi I und Metatarsus V] wegen Caries eliminirt wurde, mit Erfolg zum Ersatz die benachbarten Metatarsen benutzt. Er nimmt die erkrankten Knochentheile fort und lockert den anliegenden Metatarsus so weit, dass eine Verschiebung desselben an die Stelle des fortgenommenen Knochens möglich ist. Fällt Metatarsus I oder ein grosser peripherer Theil desselben fort, so wird das Capitulum metatarsi II hinübergeschoben: muss aber der ganze Metatarsus V oder ein grosser centraler Theil desselben fortgenommen werden, so wird, weil hier vornehmlich die centrale Tuberositas den Stützpunkt abgiebt, die Basis metatarsi IV zum Ersatz benutzt. Die translocirten Knochen werden in der neuen Lage durch Tamponade festgehalten und, wo es nöthig erscheint, noch durch Silberdraht oder Catgutfäden besonders befestigt. Eine völlige Heilung mit guter Function war in zwei von B. mitgetheilten Fällen zu verzeichnen.)

In dem von Thiel (4) mitgetheilten Falle handelte es sich bei einem 12jährigen Mädchen um eine Spina ventosa der Mittelphalanx des rechten Zeigefingers, die so weit vorgeschritten war, dass sie die Absetzung des Fingers in der Mitte der Grundphalanx nothwendig erscheinen liess. Bardenheuer ging bei seinem conservirenden Verfahren so vor, dass er einen Längsschnitt auf der radialen Seite des Zeigefingers von der Mitte der Endphalanx bis 1 cm oberhalb des Metacarpophalangealgelenkes führte, und nach Circumcision und Excision der von tuberculösen Fisteln durchsetzten Hautpartien die Totalresection der ganzen 2. Phalanx nach sorgfältigem Ablösen der Weichtheile, besonders der Sehnen und Sehnenscheiden an der volaren und dorsalen Seite ausführte. Den Ersatz für die entfernte Phalanx sollte die Grundphalanx liefern. Es wurde zu diesem Zwecke unter möglichster Schonung der Sehnen das Köpfchen der Grundphalanx circulär freigelegt. Der übrige peripherische Theil derselben wurde in der Ausdehnung des oben bezeichneten Hautschnittes auf der dorsalen, radialen und volaren Seite freipräparirt. Hierauf wurde das Köpfchen von seiner radialen Seite zur ulnaren quer durchbohrt und durch das Bohrloch ein Silberdraht gezogen, welcher später die Drehungsachse für das Ersatzstück abgeben sollte. Nachdem dann das Periost sowohl dorsal als auch volar in der Mitte longitudinal in den unteren zwei Dritteln ohne Ablösung durchtrennt war, wurde mit einem schmalen Bildhauermeissel die radiale Hälfte der unteren zwei Drittel der Grundphalanx, mit Ausnahme einer schmalen, $\frac{1}{4}$ cm breiten Brücke am distalen Ende, abgetrennt, so dass die beiden Hälften nur noch durch diese schmale Brücke verbunden waren. Das auf solche Weise mobilisirte Ersatzstück wurde nun um den Silberdraht als Achse um einen Winkel von 180° gedreht, so dass es, wobei natürlich die frühere volare Fläche zur dorsalen wurde und umgekehrt, an die Stelle der fehlenden Phalanx gelangte, und distalwärts durch eine Catgutknochennaht an die ein wenig angefrischte Gelenkfläche der 3. Phalanx fixirt. Eine schmale Periostbrücke und einige Kapselreste an der radialen Seite unterhielten die Verbindung zwischen Grund- und neugebildeter Mittelphalanx. Zur Fixation in dieser Stellung diente central derselbe Silberdraht, welcher auf der radialen Seite zugedreht wurde.

Das translocirte Knochenstück hat sich, wie dies palpatorisch deutlich nachweisbar war, in seiner ganzen Ausdehnung erhalten. An der Stelle des 1. Internodalgelenkes hat sich eine feste knöcherne Ankylose gebildet; die activen Bewegungen im 2. Internodalgelenke lassen z. Z. der Publication, $2^1/_2$ Monate nach dem Eingriff, noch etwas zu wünschen übrig. Die passiven Bewegungen der Endphalanx lassen sich in nahezu normalen Excursionen ausführen. Das Aussehen des operirten Fingers unterscheidet sich kaum von dem der anderen Seite.

B. Fracturen.

Allgemeines. 1) Helferich, H., Atlas und Grundriss der traumatischen Fracturen und Luxationen. 2. Aufl. München. — 2) Hoffa, A., Lehrbuch der Fracturen und Luxationen. 3. Aufl. Würzburg. — 3) Kocher, Theodor, Beiträge zur Kenntniss einiger practisch wichtiger Fracturformen. I. Die Fracturen am oberen Humerusende. II. Die Fracturen am unteren Humerusende. III. Die Fracturen am oberen Femurende. Basel und Leipzig. — 4) Schinzinger, Mittheilungen aus dem Gebiete der Luxationen und Fracturen. Freiburg. — 5) Spurway, John, Hereditary tendency of fracture. Brit. Journ. Sept. 26. S. 844. (S. giebt die durch 4 Generationen verfolgte Geschichte einer Familie, in der bei 11 Personen im Laufe der Zeit 38 Brüche, grösstentheils auf geringe Veranlassung hin, zu Stande kamen und meist gut ausheilten. Die Familienmitglieder waren sonst im Grossen und Ganzen gesund und frei von constitutionellen Erkrankungen. Eigenartig war eine bläuliche Nuance in der Färbung der Sclera.) — 6) Oberst, M., Ein Beitrag zur Verwendung der Röntgen'schen Strahlen in der Chirurgie. Münch. Wochschr. No. 46. (O. demonstrirt an einer Reihe von Röntgenbildern die Bedeutung dieser Aufnahmen für die Erkennung und Beurtheilung frischer und veralteter Knochenbrüche.) — 7) Meyer, Waldemar L., Ueber Muskelinterposition bei Fracturen als Ursache von Pseudarthrosenbildung. Bruns' Beitr. Bd. 16. S. 358. (Unter 12 Fällen von Pseudarthrosen, die in der Bruns-schen Klinik in den letzten Jahren mittelst Freilegung der Bruchenden operirt worden sind, ist 7 mal als Ursache der Pseudarthrose Muskelinterposition gefunden worden. In allen diesen Fällen, von denen 4 den Oberschenkel, 3 den Oberarm betrafen, hatte die Pseudarthrose länger als 2 Monate ohne die geringste Aenderung des Zustandes bestanden. Die Freilegung zeigte, dass in 4 Fällen absolut keine Callusbildung eingetreten war, und dass in den 3 übrigen eine nur ganz geringe Neubildung stattgefunden hatte. Die Crepitation fehlte in 6 Fällen. 2 mal hatte sich um die Spitze der Fragmente je eine fibröse Capsel, sogar mit etwas serösem Inhalt, gebildet. Bei allen 7 Patienten ist nach der Operation und Entfernung der interponirten Muskelschicht die Consolidation eingetreten, und zwar spätestens in 5 Monaten.) — 8) Müller, W., Ueber die heutigen Verfahren zur Pseudarthrosenheilung. Leipzig. (Samml. klin. Vortr. 145.) — 9) Dodge, W. J., Compound fractures. Med. News. July 18. p. 69. — 10) Steudel, Aluminiumschienen, hergestellt von der deutschen Metallpatronenfabrik, Karlsruhe. Langenb. Arch. Bd. 53. Heft 2. — 11) Roth, Adolf, Neuer Blechspangenapparat als erste Hilfe und definitiver Gehverband bei Schussfracturen und Beinbrüchen der unteren Extremitäten. Budapest. — 12) Cricks, A., Le massage et la suture osseuse. Bruxelles. — 13) Markus, Emil, Beitrag zur operativen Behandlung gebrochener Knochen. Bruns' Beitr. Bd. 16. S. 101. — 14) Thilo, Otto, Druckverbände mit Filz. Petersb. Wochenschr. No. 31. S. 281. (T. empfiehlt für die Behandlung der Fracturen, beispielsweise der Knöchelbrüche, die Anwendung von Druckverbänden mit Filzeinlagen, dergestalt, dass man vor dem Anlegen der Binde den verletzten Knöchel mit einem Stück dicken weissen Filzes bedeckt, in welches ein längliches Loch geschnitten ist. Hierdurch gelingt es, den Knöchel fast völlig vom Druck der Binde zu befreien und diesen hauptsächlich auf seine Umgebung auszuüben.) — 15) Andreae, Hugo, Die Behandlungsweise der complicirten Fracturen und die Erfolge derselben in der Kgl. chirurgischen Klinik zu Halle seit 1890. Inaug.-Diss. 1895. (91 Fälle mit einer Sterblichkeit von 7,7 pCt. Die Therapie ist gekennzeichnet durch ein möglichst conservatives Verfahren.) — 16) Baumstark, Arthur, Ueber die nach Fracturen zurückgebliebenen Contracturen. Inaugur.-Dissert. Erlangen. 1895.

Wirbelsäule und Brustkorb. 17) Enderlen, Ein Beitrag zur Lehre von den Fracturen der Lendenwirbelsäule mit besonderer Berücksichtigung der operativen Behandlung. Zeitschr. f. Chir. Bd. 43. S. 329. — 17a) Bähr, Ferdinand, Rippen- (Knorpel-) Bruch durch Muskelzug. Ebendas. Bd. 43. S. 193. (Die Verletzung entstand das eine Mal bei einem 26 Jahre alten Patienten an der 12. Rippe beim Auf- und Abwärtsbewegen eines in einer Führung laufenden Kastens von 60 Pfund Gewicht, das andere Mal bei einem 36jährigen Mann beim Aufheben einer schweren Gummirolle vom Boden.)

Schlüsselbein. 18) Braatz, Egbert, Zur Behandlung des Schlüsselbeinbruches. („Epaulettenverband") Centralbl. f. Chir. No. 1. S. 1. (B. hat bei seinem Verbande die Nachtheile des von Sayre angegebenen dadurch zu vermeiden gesucht, dass er zum Schutz gegen Druck und gegen das Abgleiten der Binde eine gepolsterte Gypscapsel am Ellbogen der kranken und an der Schulter der gesunden Seite anbrachte. Als Material benutzte er das in Gypsbrei getauchte der Sackleinwand ähnliche Zeug Hessian.) — 19) Hassler, Contribution au traitement des fractures de la clavicule. Lyon méd. No. 2 u. 3. p. 37. (In dem ersten der beiden von H. mitgetheilten Fälle trat unter Anwendung von Massage schnelle Heilung ein. In dem zweiten betreffend einen Bruch in dem mittleren Drittel des Schlüsselbeins war es bei der Verheilung zu einer Dislocation des unteren Fragmentes nach unten und hinten und zu einer Compression des Plexus brachialis gekommen. Nach Resection eines 1 cm langen Stückes gelang die Vereinigung der Fragmente in richtiger Stellung. Heilung.)

Schulterblatt. 20) Guinard, Fractures par action musculaire de la portion sousépineuse de l'omoplate. Fracture de l'angle inférieur de l'omoplate. Arch. génér. avril. p. 385. (Die Verletzung entstand bei dem 45jährigen Manne durch Aufschlagen mit dem mittleren Theile des Oberarms. Es erwies sich der untere Schulterblattwinkel in einer schief von aussen unten nach oben innen verlaufenden Trennungslinie abgebrochen. Crepitation war deutlich nachweisbar. Das untere Fragment richtete seine thoracale Fläche nach oben, vorn und innen. Der Kranke entzog sich der weiteren Beobachtung.) — 21) Graham, J. A., A case of spontaneous dislocation of both ends of the clavicle with fracture of the scapula. Brit. Journ. Sept. 26. p. 848. (Die Ursache der Verletzung war bei dem 80 kg schweren, 64 jährigen Arbeiter ein Fall auf das Acromion. Das Sternalende der Clavicula war nach vorn und unten luxirt, wo es am oberen Ende des Brustbeins eine starke Prominenz bildete; das acromiale Ende des Schlüsselbeins war $1^1/_2$ Zoll medianwärts verschoben. Ausserdem bestand eine Splitterfractur im unteren Theile des Schulterblattes. Der Arm wurde an den Thorax bandagirt. Nach 8 Tagen erfolgte der Tod an den Folgen einer chronischen Bronchitis.) — 22)

Struthers, John, On separate acromion process simulating fracture. Edinb. Journ. Febr. Aug. (13 Fälle.)

Oberarm. 23) Monks, George H., Another case of fracture of the humerus from an unusual cause. Boston Journ. January 9. p. 40. (M. berichtet zum zweiten Mal [cf. Jahresber. 1895. II. S. 272] über das Entstehen einer Humerusfractur beim Ringen. Beide Gegner suchten bei aufgestützten Ellbogen ihre gegenseitigen Hände nach abwärts zu drücken; dabei brach bei M.'s 24jährigen Patienten der rechte Humerus. Der Kranke erlag 8 Tage nach der Verletzung im Delirium tremens einer Pneumonie. Es fand sich eine Spiralfractur am Humerus an der Grenze des mittleren und unteren Drittels mit Abtrennung eines etwa 3 Zoll langen Splitters an der Innenseite.) — 24) Berger, Pseudarthrose de l'humérus traitée par la résection des fragments et la suture métallique. Bull. de Chir. Séance du 15. janvier. p. 47. (Nach einer geheilten Comminutivfractur an der Grenze des mittleren und oberen Drittels des Oberarmes, im Anschluss an welche sich mehrfach Abscesse in der Nähe der Bruchstelle entwickelten, traten wiederholte Spontanfracturen an der alten Stelle auf; schliesslich blieb eine Pseudarthrose zurück, die B. veranlasste, das untere Fragment V-förmig zu gestalten, in das obere in gleichem Sinne ausgehöhlte einzufügen und mit Silbernähten zu befestigen. Der Erfolg war ein dauernder.) — 25) Redard, P., Du traitement des pseudarthroses de l'humérus par les attelles en aluminium. Gaz. de Paris. 1895. No. 48. p. 565. (Bei einer seit 8 Monaten bestehenden Pseudarthrose des Humerus mit grosser Neigung der Fragmente zur Verschiebung befestigte R. nach Beseitigung einer interponirten Muskelpartie und Resection der Fragmente an der Aussenseite des Knochens eine 6 cm lange, 2 cm breite Aluminiumplatte mit 2 Schrauben an das obere, mit 2 weiteren an das untere Bruchstück. Nach eingetretener Consolidation wurden Schiene und Schrauben 87 Tage nach dem Eingriff mit leichter Mühe entfernt. Der Erfolg war ein vollkommener.) — 26) Owen, Edmund, Ununited fracture of the humerus; operation; recovery. Lancet. August 29. p. 604. (O. berichtet über eine Pseudarthrosenoperation in der Mitte des Humerus. Der 22jährige, sonst gesunde Patient hatte am Oberarm schon 2mal einen Bruch erlitten, 1 mal im 7. Lebensjahre; der letzte Bruch war erst 7 Wochen vor dem Unfall, der zu der Pseudarthrose die Veranlassung gab, consolidirt. Da die frische Fractur noch 16 Wochen nach ihrem Zustandekommen keine Neigung zur Callusbildung zeigte, wurden die Bruchenden angefrischt und mit 2 Silberdrähten vereinigt, worauf es zur Heilung kam. Der Arbeit sind 2 Röntgenbilder beigefügt; die eine zeigt den gebrochenen Knochen, die zweite — 31 Tage nach der Operation gefertigt — die durch die Silberdrähte verbundenen Fragmente.) — 27) Bruce, W., Fractures of the lower end of the humerus. Brit. Journ. Oct. 24. p. 1201. — 28) Crandall, John B., Fracture of the humerus complicated with intercondyloid fracture extending into the elbow joint, in a paralytic. Med. and surg. Rep. Febr. 22. p. 237. (Es handelte sich um eine Splitterfractur des Ellbogengelenks an einer in Folge chronischer Neuritis gelähmten Extremität. 6 Monate nach der Verletzung war noch keine Heilung eingetreten, und bestand noch deutliche Crepitation.) — 29) Cales, Benj. Brabson, Fractures of bones of the elbow-joint. Med. News. June 27. p. 717. Med. and surg. Rep. May 2. p. 552. — 30) Powers, Charles A., The question of position in the treatment of fractures of the lower end of the humerus. New York Record. May 2. p. 615. (Gegenüber Allis, der für die Behandlung der Fracturen am unteren Humerusende die Extensionsstellung des Ellbogengelenks empfohlen hatte, betont P. auf Grund einer Statistik von 650 Fällen, dass für den Practiker kein Grund vorliege, von der Beugestellung während der Heilung abzugehen.) — 31) Zoege-Manteuffel, W. v., Complicirte Fractur des Ellenbogengelenks mit Verletzung, Lähmung und Neuralgie des Nervus radialis. Heilung. Petersb. Wchnschr. No. 31. S. 279.

Vorderarm. 32) Kamen, Ludwig, Fractur des Olecranon. — Knochennaht. — Heilung. Wien. med. Wochenschr. No. 235. S. 1007. (Das Olecranon war keilförmig abgebrochen. Während der linke Schenkel des Bruches einen ca. 4 mm breiten, das Gelenk eröffnenden Spalt, aus welchem sich Synovia ergoss, darstellte, waren die den äusseren Schenkel bedeckenden Gelenkkapseltheile und Ansätze der Tricepssehne unversehrt. Angesichts dieses günstigen Umstandes schien die Anlegung einer Naht über diesem Schenkel überflüssig, weshalb eine solche nur an den offenen inneren Schenkel angelegt wurde. Um keine Störungen der Gelenksfunction durch den etwa hineinragenden Silberdraht zu verursachen, gab K. den Bohrlöchern eine solche Richtung, dass dieselben knapp vor der Gelenkfläche ausmündeten, wodurch das Eindringen des Drahtes in die Gelenkhöhle vermieden wurde. Der Erfolg war ein vortrefflicher.) — 33) Storp, Zur Behandlung der typischen Radiusbrüche. Langenb. Arch. Bd. 53. Hft. 2. — 34) Braatz, Egbert, Zur Behandlung des typischen Radiusbruches. Ebendas. Bd. 53. Hft. 2. (B.'s Verband wird so hergestellt, dass ein sackleinwandähnlicher Stoff, wie ihn die Tapezierer beim Möbelpolstern als Zwischenfutter benutzen [Hessian], in dreifacher Lage so breit zugeschnitten wird, dass er eben um die Handwurzel herumreicht. Die daraus hergestellte Schienenkapsel reicht nach oben bis etwa 3 Finger breit von der Ellenbeuge entfernt, nach unten bis zu den Metatarsophalangealgelenken. Das Zeug wird entsprechend der Länge des Handrückens von der Radialseite bis zur Hälfte quer eingeschnitten, es wird in Gypsbrei getaucht, gründlich mit diesem durchtränkt, und dann auf den gebrochenen Arm gelegt, nachdem die Bruchenden auf das genaueste reponirt worden sind.) — 35) Fessler, Radiusfractur, nach Prof. Röntgen photographirt. Münch. Wochenschr. No. 9. S. 201.

Becken. 36) Gerota, D., Ueber einen seltenen Fall von Beckenfractur. Langenb. Arch. Bd. 52. Hft. 3. (G. beschreibt das Präparat eines alten Beckenbruches mit wahrscheinlich gleichzeitiger Verletzung der Blase. Der horizontale Ast des linken Schambeins wies eine 4 cm lateral von der Symphyse beginnende Art von Gabelung auf, der äussere (vordere) Ast hatte ungefähr dieselbe Lage, wie der horizontale Ast des rechten Schambeins, mit dem er sich auch in der Symphyse verband; der innere (hintere) Ast lief an seinem medialen Ende frei aus, wobei er 7 mm weit über die Symphysenlinie hinausging. Zwischen beiden Aesten fand sich eine ovale, $2-2^1/_2$ cm tiefe Aushöhlung, in die ein Theil der Blasenwand gelagert und hier fixirt war. Die Vorderseite des linken Schambeins war breiter und unebener als die des rechten; man bemerkte an dieser Vorderseite die Spuren dreier Fracturen.)

Oberschenkel. 37) Tillmann, Zur Frage der Torsionsfracturen des Oberschenkels. Berl. Wochschr. No. 35. S. 778. — 38) Düms, Ueber Spontanfracturen. Ebendas. No. 18. S. 393. — 39) Bähr, Ferdinand, Fractura femoris durch Muskelzug? Zeitschr. f. Chir. Bd. 43. S. 195. (Den mit starker Verkürzung geheilten Bruch am unteren Ende des Oberschenkels acquirirte der Patient, am Pfluge beschäftigt, beim Treten in eine Furche.) — 40) Haun, Verband von Oberschenkelfracturen besonders bei Kindern der ersten Lebensjahre. Zeitschr. f. pract. Aerzte. No. 16. S. 515. — 41) Werner, Zwei erwähnenswerthe Fälle von Fractura colli femoris. Memorabilia. No. 39. S. 449. — 42) Liermann, W., Zur Behandlung der Schenkelhalsbrüche. Deutsche Wochenschr. No. 46. S. 738. — 43) Bähr, Ferdinand, Fissur des unteren Femurendes? Zeitschr. f. Chir. No. 43. S. 191. (Die Verletzung erfolgte durch den Anprall des abspringenden

Deckels eines Dampfkessels gegen das rechte Knie eines 31 jährigen Patienten mit folgender anscheinend mässiger Schwellung und starker Schmerzhaftigkeit. B. fand noch nach 9 Monaten starke Functionsbehinderung. Beim Streckversuch entstand ein Geräusch, als ob die Patella über eine plötzliche Unebenheit hinwegglitte. Druck gegen die untere Femurepiphyse wurde als sehr schmerzhaft empfunden im Gegensatz zum unteren Ende der Diaphyse; ebenso bestand an der Femurepiphyse ein exquisiter Percussionsschmerz, eine starke Atrophie des Vastus internus und eine Consistenzverminderung des ganzen Quadriceps. B. kommt zur Diagnose einer Fissur der unteren Femurepiphyse.) — 44) Heath, Christopher. A clinical lecture on fractures of the lower limb. Lancet. January. 4. p. 1. — 45) Harte, Richard H., Epiphysial separation of the lower end of the femur. Amer. Journ. June. p. 683. (5 Fälle von Ablösung der Epiphyse des unteren Femurendes.)

Kniescheibe. 46) Reynier, Fracture de la rotule traitée trois ans auparavant par la grefle de Duplay. Bull. de chir. Séance du 15. avril. p. 340. (Bei dem von R. demonstrirten Kranken war 3 Jahre zuvor eine Kniescheibenfractur mit einer Distanz der Fragmente von 3 cm mit einer Duplay'schen Klammer behandelt worden. Die alte Fracturstelle kennzeichnete sich nur noch durch eine Rinne, in die man lediglich einen Fingernagel einschieben konnte. Der Callus schien grösstentheils fibrös, theilweise knöchern zu sein. Das functionelle Resultat war ein gutes.) — 47) Butcher, Herbert, Treatment of recent transverse fracture of the patella. Brit. Journ. Sept. 26. p. 828. — 48) Barker, Arthur E., Notes on the permanent subcutaneous method of wiring the patella for fresh transverse fracture. Brit. Journ. April 18. p. 963. — 49) Wunsch, Ein Fall von Abriss der Quadricepssehne an der Patella. Operative Behandlung. Gutes functionelles Resultat. Zeitschr. f. Chir. No. 43. S. 613. — 50) Walker, John B., Rupture of the quadriceps extensor muscle and its tendon above and below the patella. Amer. Journ. June. p. 638.

Unterschenkel. 51) Leuk, Heilungsresultate der Unterschenkelfracturen. Inaug.-Diss. Erlangen. 1895. (Unter 240 in einem Zeitraum von nicht ganz 31 Jahren in der Erlanger Klinik behandelten und begutachteten Fracturen des Unterschenkels, die Leuk zusammenstellt, fand dieser 195 einfache und 45 complicirte verzeichnet. Die gesammte Heilungsdauer der einfachen Brüche schwankte, soweit sie nach dem Entlassungstermin ungefähr berechnet werden konnte, zwischen 9 und 20 Wochen und betrug durchschnittlich etwa 11 Wochen. Bei den complicirten Unterschenkelfracturen beläuft sich die durchschnittliche Gesammtheilungsdauer bis zum Entlassungstermine aus der Klinik auf $^1/_4$ Jahr. Von 50 Unfällen, die durch Unterschenkelbrüche bedingt waren, wurden 18 mit einer Unfallsrente von 60—75 pCt. und darüber begutachtet, 20 als „gebessert" mit einer zwischen 30 und 60 pCt. schwankenden Rente. 9 Fälle wurden als nahezu und 2 als vollkommen geheilt bezeichnet.) — 52) Bähr, Ferdinand, Eine typische Unterschenkelfractur. Centralbl. f. Chir. No. 36. S. 866. (Ein von oben fallender Erdklumpen traf den fliehenden Patienten von hinten an den Unterschenkel und erzeugte hier, wie an der Fibula, eine Fractur. Als B. nach $3^1/_2$ Jahren den Kranken sah, war die linke Tibia mit ihrem unteren vorderen Ende nach vorn geschoben, so dass der Talus auf der Dorsalseite des Fusses von ihr stark überragt wurde, und der Fussrücken um nahezu 2 cm verkürzt erschien. Zwischen Malleolus internus und dem vorderen Abschnitt der Tibia lief eine breite flache Vertiefung nach oben, schräg nach hinten ziehend, in der Richtung nach der 4 Querfinger über der Sprunggelenkslinie liegenden alten Bruchstelle der Fibula. Von der rechtwinkligen Stellung aus war die Dorsalflexion unmöglich, die Plantarflexion bis zur Hälfte ausführbar. Die übrigen Bewegungen des Fusses waren äusserst beschränkt.) — 53) Hartmann, Henri, Fracture très oblique du tibia; consolidation vicieuse; ostéotomie; extension continue; guérison. Bull. de Chir. Séance du 17. juin. p. 506. — 54) Rochard, De la conduite à tenir à l'égard du péroné dans les ostéotomies pour les fractures non où mal consolidées des deux os de la jambe. Bull. de Chir. Séance du 22. juillet. p. 593. (In Rochard's Falle war vor 7 Jahren eine complicirte Fractur beider Unterschenkelknochen an der Grenze des mittleren und unteren Drittels mit Winkelstellung der Fragmente verheilt. Sechs Jahre später verspürte der 50 jährige Patient ohne nachweisbare Ursache Schmerzen an der Bruchstelle. Die Deformität vermehrte sich, und der Gang wurde vollkommen unmöglich, so dass der Kranke fast ein Jahr lang dauernd ans Bett gefesselt war. Das Bein war in doppelter Richtung verbogen, so dass der Fuss zu weit nach hinten und nach aussen zum Unterschenkel gestellt war; das obere Fragment überragte das untere beträchtlich nach vorn. Bei der Durchtrennung der Fragmente fand sich in dem Callus eine mit fungösen Massen erfüllte Höhle. Die Adaption der Fragmente war erst möglich, nachdem die sehr verdickte Fibula etwa 6 cm unter der Fracturstelle durchmeisselt worden war. Die Heilung in gerader Stellung erfolgte danach anstandslos.) — 55) Lilienthal, Howard, Osteoplastic operation for loss of substance of the tibia. Skiagraph showing result. Med. News. No. 14. p. 365. (Es handelte sich um einen 9jährigen Knaben, dem die rechte Tibia durch Ueberfahren zerschmettert wurde. Nach längere Zeit anhaltender Eiterung bestand eine Lücke von $2^1/_2$ Zoll Länge im unteren Drittel der Tibia, während die Fibula intact war. L. durchtrennte die Fibula in der Ebene des oberen Tibiastumpfes; das untere Ende des Wadenbeins wurde in die Lücke hineingebogen, nachdem in derselben alle Weichtheile entfernt worden waren, und mit dicker Seide durch gebohrte Löcher angenäht. Der Erfolg war vortrefflich. Ein beigefügtes Skiagramm zeigt die vollkommen knöcherne Ausfüllung der Lücke sowie eine starke Brücke zwischen der Tibia und der vollkommen ergänzten Fibula.)

An der Baseler chirurgischen Klinik wurden nach Markus (13) in den Jahren 1887—93 14 mal Elfenbeinstifte bei complicirten Fracturen eingelegt, und zwar 5 Stifte in die obere, 9 in die untere Extremität. Es handelte sich dabei stets um Knochenbrüche, welche trotz Débridement und geschehener Reposition eine Retention nicht erwarten liessen. In einem Falle lag die primäre Amputation nahe. Abgesehen von einem Todesfalle waren durchweg günstige Resultate zu verzeichnen. In jedem einzelnen Falle gelang eine gute Retention der Fragmente. Dreimal musste dabei die Drahtnaht, resp. Umlegung einer Drahtschlinge zu Hilfe genommen werden.

In analoger Weise wurden während des gedachten Zeitraums 10 Fälle von Pseudarthrose oder schlecht geheilter Fractur, 6 mal an der unteren, 4 mal an der oberen Extremität mit Elfenbeinstiften behandelt. Die vollkommene Heilung trat hier in 8 Fällen ein, während zwei Kranke das Spital ungeheilt verliessen.

In den frischen Fällen heilte der Stift 9 mal bleibend ein, während er in 5 Fällen wegen Fistelbildung entfernt werden musste. Bei den Pseudarthrosen und schlecht geheilten Fracturen kam es 5 mal zu

vollkommener Einheilung und 5 mal zu nachträglicher Extraction.

Mit der Naht an Röhrenknochen wurden an der Socin'schen Klinik keine günstigen Erfahrungen gemacht. Von 10 in frischen Fällen angelegten Knochennähten heilte nur eine einzige ein; alle anderen mussten wegen Eiterung entfernt werden. Gute Erfolge erzielte man nur bei Brüchen der Kniescheibe und des Olecranon. Die Drahtsutur heilte hier in 6 Fällen (3 Patellar-, 3 Olecranonfracturen) reactionslos ein. Ebenso wenig Einheilungen — in 5 Fällen nur einmal — wurden beim Umlegen einer oder mehrerer Drahtschlingen um die Bruchstelle beobachtet.

Der 30jährige Kranke, über den Enderlen (17) berichtet, erlitt durch Fall aus einer Höhe von 60 Fuss, wobei er zunächst mit dem Rücken auf eine Leiter aufschlug, dann mit den Füssen auf mit Kies bestreuten Boden auftraf, Verletzungen der Wirbelsäule, neben einer Reihe anderweitiger Beschädigungen, beispielsweise einer complicirten Fractur der linken Fusswurzelknochen, welche wegen Infection eine Amputation des linken Unterschenkels erforderte. Lähmungserscheinungen fehlten. Vom zweiten Tage an bestand Incontinentia urinae et alvi. Später trat Decubitus am Kreuzbein und Trochanter ein und $^1/_2$ Jahr nach der Verletzung erfolgte der Tod an Lungentuberculose.

Der 5. Brustwirbelkörper war in den 6. mit seiner ventralen Kante eingepresst, die zwischenliegende Bandscheibe zum Theil zerstört; an der Stelle der Fractur bestand eine Knochenprominenz von 5 mm Höhe. Der Wirbelcanal hatte hier keine Verengerung erfahren. Ausgedehntere Veränderungen zeigte der 1. Lendenwirbel. Vor allem fiel die geringe Höhe der erhaltenen Knochensubstanz desselben auf, ferner die kegelförmige Prominenz, welche er in den Wirbelcanal entsandte, wodurch das Lumen des letzteren auf 4 mm (in sagittaler Richtung) reducirt wurde. An der Stelle der stärksten Verengerung war die Dura mit der vorderen Wand des Wirbelcanales verwachsen.
Microscopisch ergab sich vom 2.—5. Sacralnerven eine nahezu vollkommene Querschnittsläsion und eine aufsteigende Degeneration in den oberhalb der Läsion gelegenen Rückenmarksabschnitten. Der microscopische Befund spricht dafür, dass es sich um eine Verletzung des Markes handelt: eine Operation wäre also in diesem Falle zum mindesten überflüssig gewesen.

Bei einem 11jährigen Patienten mit Y-Fractur des unteren Humerusendes, Fractur des Radiusköpfchens und Infraction des Radius in seiner Mitte, wobei das vom Köpfchen abgebrochene Fragment die Haut der Fossa cubitalis lateral von der Bicepssehne durchstossen hatte, fand Zoege-Manteuffel (31), als nach 4 Wochen der fixirende Verband entfernt wurde, eine Lähmung des Nervus radialis, die sich im Laufe einer Massagebehandlung bis auf Schwäche und leichte Paraesthesien in den peripheren Ausbreitungen des Nerven zurückbildete, während hinter der Narbe, in der Ellenbeuge, auf der vorderen Fläche des lateralen Condylus, $1^1/_2$ Fingerbreit über dem Gelenkspalt, ein halbkirschgrosser Osteophyt nachweisbar wurde, über den hinwegziehend der Nervus radialis zu fühlen war. Anfallsweise, allmälig immer häufiger wiederkehrende Schmerzen veranlassten nach vergeblicher Anwendung anderer Behandlungsmethoden eine Operation, durch die das Interstitium zwischen Biceps und Supinator longus sowie der Nervus radialis und der Osteophyt freigelegt wurden. An letzterem war der Nerv etwa 2 cm über seiner Theilungsstelle in einer Länge von wiederum 2 cm durch ziemlich lockeres Bindegewebe befestigt. Z.-M. löste ihn behutsam von dem Periost ab, incidirte dieses, schob es beiseite und meisselte den Knochenvorsprung ab. Um eine Wiederverwachsung des Nerven zu vermeiden, vernähte Z.-M. über der Knochenwunde das abgehebelte Periost und darüber die anliegenden Muskeln (Brachialis internus und einen Theil des Supinator longus). Auf dieses Muskelpolster kam dann der Nerv zu liegen, den man von oben durch Vernähen von Biceps und Supinator longus decken konnte, sodass er nicht direct unter der Haut zu liegen kam. Nach dem Eingriffe sistirten die Anfälle vollkommen.

Storp (33) hat die von Petersen angegebene Behandlungsmethode der typischen Radiusbrüche in der Weise modificirt, dass er nach vollständigem Redressement des gebrochenen Knochens, eventuell in Narcose, nachdem nicht nur jede Verschiebung ausgeglichen, sondern die Hand in extreme ulnovolare Flexion gestellt ist, an Stelle der von P. benutzten Mitella, einen etwa 10 cm breiten Heftpflasterstreifen auf Segeltuch mehrfach um den Arm bis an den Processus styloid. heranreichend, herumlegt. Durch einen zweiten darüber gelegten Streifen wird eine Falte fixirt, welche durchlocht wird. Durch eine durchgezogene Binde oder ein Tuch wird der Arm dann am Nacken suspendirt. Die Vortheile dieses Verbandes gegenüber der einfachen Mitella sind einmal eine gewisse Fixation und Compression der Bruchstelle bei völliger Bewegungsfreiheit im Handgelenk. Die Hand hängt dabei dauernd in gleicher Weise und an der gleichen Stelle unterstützt herab. Es steht ganz im Belieben des Arztes, ob er die Hand mehr in ulnarer oder volarer Flexionsstellung fixiren will, was relativ wichtig ist. In den meisten Fällen lässt sich die dorsale Verschiebung leicht ausgleichen, wogegen die radiale Verschiebung bisweilen Neigung zeigt, sich nach der Reposition wieder herzustellen. In solchen Fällen kann man dann den Aufhängepunkt ganz auf die radiale Seite verlegen und die Hand ganz in ulnarer Abduction herabhängen lassen. Bei vorwiegend dorsaler Verschiebung dagegen suspendirt man mehr in volarer Flexionsstellung. Nach 10 Tagen wird in der Regel der Verband abgenommen, und dann der Arm für 6—7 Tage in eine Mitella gelagert.

Nur bei vier typischen Radiusbrüchen von 108 beobachteten konnte Storp diese übrigens schon vor langer Zeit von A. Cooper und Cline in ganz ähnlicher Weise empfohlene Behandlung nicht in Anwendung bringen. Es waren dies Fälle, bei welchen trotz energischer Reposition auch in Narcose die radiale Verschiebung sich nicht völlig ausgleichen liess, resp. nach der Ausgleichung sich wieder herstellte. Für diese Fälle hält St. den circulären Gypsverband für relativ am zweckmässigsten.

Tillmann (37) beobachtete 5 Fälle von Torsionsfracturen des Oberschenkels, die ein besonderes Interesse dadurch beanspruchen, dass die Aetiologie in allen Fällen eine vollkommen identische war. Es handelt sich um 3 Männer im Alter von 19, 37 und 48,

sowie 2 Frauen im Alter von 27 und 36 Jahren. 4 von ihnen gaben an, sie hätten versucht, 3 im Sitzen, 1 im Stehen, sich die Schuhe von den Füssen zu ziehen; zu dem Zweck zogen sie mit den Händen den Fuss zu sich empor und versuchten nun durch Zug am Hacken den Schuh zu entfernen, wobei unter lautem Krachen der Oberschenkel brach. Der fünfte Patient, ein 37 Jahre alter Kaufmann, hatte sich mit einem Nagel verletzt. Um die Wunde am äusseren Fussrand zu Gesicht zu bekommen, musste er den Fuss sehr stark drehen und starke Gewalt anwenden, wobei wiederum ein Oberschenkelbruch eintrat. Die Bruchstelle lag einmal im unteren, zweimal an der Grenze des mittleren und unteren Drittels, je einmal im mittleren und im oberen Drittel. Der Kranke von 48 Jahren starb, die 4 übrigen wurden nach 5, 7, 8 und 10 Wochen geheilt entlassen. Bei 3 von den Kranken waren deutliche Zeichen beginnender Tabes vorhanden.

Düms (38) hat 4 Fälle von Spontanfractur des Oberschenkels beobachtet.

Der erste Fall betraf ein Mädchen von ca. 24 Jahren. Sie hatte die ganze Nacht getanzt, war dann nach Hause gegangen und brach den linken Oberschenkel in dem Moment, als sie versuchte, ihre engen Schuhe auszuziehen. Der Bruch sass etwa in der Mitte des Femur. Bei Extension und unter Darreichung von grossen Dosen Jodkali erfolgte die Heilung anstandslos.

Der 2. Fall kam dadurch zu Stande, dass ein ausserordentlich kräftiger, musculöser Soldat des 1. Dienstjahres von einem anderen einen leichten Stoss erhielt, auf den ebenen Boden fiel und nicht wieder aufstehen konnte. Hier befand sich der Bruch zwischen mittlerem und unterem Drittel des Oberschenkels; derselbe war durch eine hochgradige Winkelstellung der Fragmente nach vorn ausgezeichnet. Beide Fälle boten das eigenthümliche Verhalten, dass die Schmerzhaftigkeit an der Bruchstelle auffallend gering war; vor Allem war dies in dem letzteren Falle umsomehr auffallend, als im Gegensatz hierzu auf andere Einwirkungen, wie z. B. die Einführung der Morphiumspritze, in ganz ungewöhnlicher Weise reagirt wurde. Nach $1\frac{1}{2}$ Monaten war Consolidation eingetreten, und nach 8 Wochen konnte Patient sich ausser Bett bewegen. Die Verkürzung des Beines betrug $2\frac{1}{2}$ cm.

Im 3. Falle handelte es sich um einen Kranken, der sich im 1. Jahre seines Militärdienstes befand. Auf dem Rückwege von einer Uebung wurde ein längerer Laufschritt gemacht, der auf einer grösseren Strecke über schlechtes Pflaster führte. Als dann kurz vor der Caserne wieder im Tritt marschirt wurde, fühlte Pat. intensive Schmerzen am rechten Oberschenkel. Er trat aus, hielt sich an einem Laternenpfahl fest und fiel dann um. Gleich darauf in die Revierkrankenstube der Caserne gebracht, bot er das ausgesprochene Bild eines Bruches des Schenkelhalses. Auch hier ging die Heilung unter Extension ungestört von Statten, so dass der Kranke nach 2 Monaten mittelst Krücken sich herumbewegen konnte; die definitive Verkürzung betrug 2 cm.

Im 4. Falle endlich sprang ein Soldat, ebenfalls im 1. Dienstjahre, über eine Schnur, die nicht höher als 60 cm vom Boden entfernt war. Sein Absprung erfolgte ganz regelmässig, ebenso wie das Aufspringen auf ebenen Boden. In dem Moment, wo der Soldat sich gerade richten wollte, verspürte er einen intensiven Schmerz im linken Oberschenkel und fiel um. Die Untersuchung ergab einen Bruch zwischen mittlerem und oberem Drittel des Oberschenkels. Die Heilung erfolgte glatt.

In dem Zeitraum von 1882—1890 sind nach D. in den Armee-Sanitätsberichten 13 solcher Fälle von Spontanfracturen, und zwar stets am Oberschenkel, mitgetheilt.

In dem von Wunsch (49) beobachteten Falle war ein Abriss der Quadricepssehne an der Patella durch Fall mit der äusseren Seite des Knies gegen die Kante einer steinernen Bordschwelle entstanden. Helferich eröffnete 9 Wochen nach der Verletzung durch einen Bogenschnitt über den oberen Recessus das Gelenk, das mit einigen Cubikcentimetern blutig-seröser Flüssigkeit gefüllt war. Die abgerissene Quadricepssehne war nach oben und lateralwärts verlagert. Sie wurde nach Lockerung durch hebelnde Bewegungen mit breitestem Elevatorium herabgezogen. Es gelang unter Anwendung einiger kräftiger Züge sie bis an die von unten nach oben von der Hand des Assistenten ihr entgegengeschobene Patella zu bringen. Dabei erschien auch ein bereits vor der Eröffnung des Gelenkes gefühltes Corpus mobile und zwar in Verbindung mit dem unteren lateralen Ende der Quadricepssehne. Die Capsel war seitlich von der Patella um etwa 2 cm eingerissen.

Das untere etwas verdickte Ende der Sehne wurde nun flächenhaft in querer Richtung gespalten und derart gegen die Patella geschoben, dass es diese in ihrem oberen Drittel von oben und unten her umgriff. Genäht wurde mit starkem Silberdraht, und zwar wurden die 3 Nähte so angelegt, dass durch sie das obere Ende der Patella zwischen die gespaltenen Sehnenblätter hineingezogen wurde. Darüber wurde die Capsel mit fortlaufender Catgutnaht vereinigt. Der Erfolg war ein guter.

[Dembowski, T., Zwei Fälle von Fractur des Humerus' Przeglad chirurgiczny. Band III. Heft 1. (Verf. ist ein eifriger Anhänger der primären Knochennaht selbst bei manchen subcutanen Patellar-Fracturen. Die Arbeit berichtet über 2 Fälle, in welchen er in die Lage kam, dieselbe bei 2 allerdings veralteten Brüchen des Oberarmes mit Erfolg anzulegen.
Trzebicky (Krakau).]

C. Entzündungen, Tuberculose etc.

Allgemeines. 1) Lexer, E., Experimente über Osteomyelitis. Langenb. Arch. Bd. 53. Heft 2. — 2) Derselbe, Osteomyelitisexperimente mit einem spontan beim Kaninchen vorkommenden Eitererreger. Ebendas. Heft 3. — 3) Canon, Beiträge zur Osteomyelitis mit Immunisirungsversuchen. Zeitschr. f. Chir. Bd. 42. S. 135. — 4) Stettiner, Hugo, Bericht über die in den letzten 15 Jahren behandelten Fälle von Osteomyelitis. Deutsche Wochenschr. No. 11. S. 167. — 5) Funke, Karl, Beiträge zur Kenntniss der acuten Osteomyelitis. Zeitschr. f. Heilk. Bd. 16. S. 245. (Cf. Jahresber. 1895. II. S. 279.) — 6) Jordan, Max, Ueber atypische Formen der acuten Osteomyelitis. Bruns' Beitr. Bd. 15. S. 459. — 7) Poncet, Sur l'ostéomyélite larvée. Lyon méd. No. 47. p. 409. — 8) Bellisseuf, A., Traitem. prév. de l'ostéomyélite aiguë. Paris. — 9) Albert und Kalisko, Beiträge zur Kenntniss der Osteomyelitis. Wien. — 10) Ehrich, E., Ueber latente Eiterherde im Knochen. Münchener Wochenschr. No. 30 und 31. S. 693. — 11) Waltz, Ludwig, Ueber die Ursachen der Knochennecrose. Inaug. Diss. Erlangen. — 12) Marsh, H., Diseases of the joints and spine. London. — 13) Schabad, Z., Ein Fall von Osteomalacie beim Manne. Petersb. Wochen-

schrift. S. 247. (Bei der Autopsie des 62 jährigen Kranken erwiesen sich die Rippen als leicht biegsam und stellenweise zerbrechlich. An der Verbindungsstelle von Knochen und Knorpel waren die Rippen leicht zu durchschneiden. Das Sternum war nach innen eingedrückt. Der mittlere Theil desselben war weich, wie Pergament, sodass der obere und untere Theil leicht bewegt werden konnte, und intra vitam eine Querfractur angenommen wurde. Das Centrum bildete eine mit gelbrothem schmierigem Mark gefüllte Höhle. Die Ossa ilei waren wie Eierschalen zerbrechlich. Die Dauer der Erkrankung hatte ungefähr ein Jahr betragen.) — 14) Reynier, Paul, Traitement des tuberculoses osseuses par le salol jodoformé. Bull. de Chir. Séance du 1. avril. p. 288. (R. macht auf die Eigenthümlichkeit des Salols, bei einer Temperatur von 42° sich zu verflüssigen, aufmerksam. Erwärmt man gleichzeitig mit dem Salol Jodoform, Naphtol oder Aristol, so mischen sich diese im Moment der Verflüssigung und können dann mit dem Salol in die Tiefe des Knochens injicirt werden. Die sich hier später ausscheidenden Crystalle sind gewöhnlich bis in die feinsten Maschen vorgedrungen und begünstigen nach R. die Ausheilung tuberculöser Processe, die bei 6 Kranken überraschend schnell eingetreten ist. Der erkrankte Knochen wird freigelegt, man macht mit einem Trepan eine kleine Oeffnung, injicirt das Saloljodoform und schliesst die Wunde durch die Naht, worauf meist prima intentio eintritt.) — 15) Boisseau du Rocher, Du traitement des tuberculoses osseuses et de l'ostéomyélite chronique par le brome et ses dérivés obtenus par voie d'électrolyse. Arch. génér. Septembre. p. 257. — 16) Dane, John, A study of the blood in cases of tuberculoses of the bones and joints. Boston. Journ. No. 22—24. p. 529. (D. hat in 43 Fällen von Knochen- und Gelenktuberculose eine genaue und sorgsame Blutuntersuchung vorgenommen. Nach seinen Beobachtungen vermindert sich meist nicht die Zahl der rothen Blutkörperchen, dagegen in geringem Grade der Haemoglobingehalt. Die Zahl der weissen Blutkörperchen scheint in keinem directen Abhängigkeitsverhältniss von der Temperatur zu stehen. Eine starke Vermehrung deutet, namentlich bei Hüftgelenkserkrankungen, auf die Anwesenheit von Eiter; findet sich in einem Falle mit geringer Zahl von Leucocyten Abscessbildung, so handelt es sich meist um sterilen und schon lange vorhandenen Eiter. Bei vorhandenem Abscess spricht eine beträchtliche Zahl von weissen Blutkörperchen für eine secundäre Infection mit pyogenen Organismen, eine geringe gegen eine solche. Endlich zeigen Fälle traumatischen Ursprungs meist eine hochgradige Leucocytose und nehmen einen ernsten Verlauf.)

Kopf. 17) Wallace, David, A case of tuberculosis perforans. (Volkmann). Lancet. Septemb. 26. p. 883. (Bei einem 23 jährigen Mann mit Tuberculose des rechten Tarsus und Spina ventosa des rechten kleinen Fingers entstand eine Tuberculose an dem rechten Schläfenbein mit Bildung eines die ganze Dicke des Knochens begreifenden Sequesters und eines Abscesses zwischen Dura mater und Tabula vitrea. Die Höhle wurde ausgeschabt und mit Jodoformgaze tamponirt. Es trat vollkommene Genesung ein. Nach 10 Monaten war keine Oeffnung im Knochen mehr vorhanden.) — 18) Faisst, Oscar, Ueber Totalnecrose des Unterkiefers nach Osteomyelitis. Bruns' Beitr. Bd. 15. S. 750. (Ein 10 jähriges Mädchen erkrankte plötzlich unter hohem Fieber und Schmerzhaftigkeit des Unterkiefers. Nach 3—4 Monaten kam es zur Abscess- und Fistelbildung. Die Zähne des Unterkiefers fielen, obgleich alle gesund, im Verlaufe von wenigen Monaten aus. Als F. die Kranke sah, ragte aus dem weit geöffneten Munde, der nicht geschlossen werden konnte, und aus dem fortwährend aashaft stinkender Eiter floss, ein dickes Knochenstück hervor. Bei der Betastung erkannte man, dass es der necrotische Körper des Unterkiefers war. Vom Mund aus liess sich der ganze necrotische Unterkiefer bis zu den Gelenktheilen frei daliegend palpiren. Da es nicht gelang, den Sequester in toto herauszubefördern, durchtrennte F. den Körper auf der rechten Seite mit der Rippenscheere und extrahirte beide Hälften ohne Mühe. Nach Entfernung des Unterkiefers konnte man in der Regio submaxillaris eine spärliche Todtenlade fühlen, an den übrigen Stellen war sehr wenig davon vorhanden. Doch konnte das Kind den Mund schliessen und ordentlich sprechen.) — 19) Riedel, Ueber Phosphornecrose. Die Entfernung des Oberkiefers vom Munde aus. Langenb. Arch. Bd. 53. Heft 2. (Nach R. ist die frühzeitige Entfernung des ganzen von Phosphorostitis und -periostitis ergriffenen Knochens indicirt. Der Unterkiefer wird am besten sofort in toto exstirpirt, den Oberkiefer entfernt man vom Munde aus mittelst des Meissels soweit als der Knochen krank ist; typische Resectionen des Oberkiefers sind contraindicirt. Die Wiederherstellung des Oberkiefers ist eine gute, die des Unterkiefers eine schlechte, aber sie ist bei frühzeitiger Operation nicht wesentlich ungünstiger als bei später Operation. Bei zeitigem Vorgehen ist die Sterblichkeit gleich Null, während bei abwartendem Verfahren fast die Hälfte der Kranken zu Grunde geht; 24 Patienten, die während der letzten 8 Jahre in Jena operirt sind, sind sämmtlich geheilt worden. — 20) Bogdanik, Josef, Ueber Phosphornecrose und Beinhautentzündung. Ebendas. Bd. 53. Heft 2. (B. ist bei der Phosphorerkrankung ein Anhänger des frühzeitigen chirurgischen Eingreifens; er exstirpirt dabei womöglich den ganzen Unterkiefer und zwar von der Mundhöhle aus ohne äusseren Hautschnitt und erzielt dabei ein weit besseres cosmetisches und functionelles Resultat als bei der partiellen Resection.)

Wirbelsäule. 21) Karewski, Zur Behandlung der Spondylitis. Berl. Wchschr. No. 11. S. 232. — 22) Wachenhusen, Ueber Wirbelresection bei spondylitischer Drucklähmung. Bruns' Beitr. Bd. 17. Hft. 1. Bericht über 3 von Czerny und 2 von Karl Roser vollführte Trepanationen bei spondylitischer Lähmung mit 3 Todesfällen und 2 Besserungen.) — 23) Piéchaud, Appareil d'immobilisation et d'extension. Revue d'orthopédie. No. 4. p. 263. (P.'s Apparat, den er mit guten Resultaten seit 2 Jahren bei den Fällen von Spondylitis, selbst den mit Lähmungen und Senkungsabscessen complicirten, bei Erkrankungen des Hüft- und Kniegelenks verwendet, besteht aus einem die Schultern mit einschliessenden, vorn zu schnürenden Stoffcorset, das oberhalb und unterhalb der Schultern mit Metallringen zum Einhängen von Zugvorrichtungen versehen ist. In diesem Corset wird der Kranke entweder auf eine harte Haarmatratze oder zum Transport in's Freie auf ein ebenfalls mit Matratze versehenes Weidengeflecht mit einem ringsum überstehenden Rand gelagert. Nun werden einmal durch Vermittelung der Ringe vom Corset aus, weiterhin von einer die unteren Extremitäten umgebenden Flanellbinde, die sich unter den Füssen steigbügelartig verlängert, Cautschukschläuche zu den Bettpfosten resp. zu dem Rand des Weidengeflechts geführt, und so Fixation und Extension bewerkstelligt.) — 24) Lovett, Robert W., The ambulatory treatment of Pott's disease. Med. News. February 29. p. 231.

Obere Extremität. 25) Tixier, L., Ostéomyélite aiguë de l'omoplate chez un homme de 58 ans. Lyon méd. No. 24. p. 214. Gaz. hebdom. No. 49. p. 537. (Die Erkrankung verlief unter hohem Fieber, Sequester- und Eiterbildung trotz mehrfacher Incisionen letal. Ergriffen war vorzugsweise die Fossa infraspinata, während das Schultergelenk frei geblieben war.) — 26) Sternfeld, Hugo, Ein geheilter Fall von acuter Osteomyelitis der linken Hand. Münch. Wochenschr. No. 9. S. 199. (Wiedergabe einer Röntgen-Aufnahme.)

Untere Extremität. 27) Kirmisson, Ostéo-

myélite chronique du tibia gauche; large évidement de la diaphyse tibiale, ablation de séquestres; réparation de la cavité osseuse au moyen d'un lambeau ostéopériostique emprunté à l'os malade lui-même. Bull. de Chir. Séance du 12. février. p. 158. — 28) Leriche, Evidement longitudinal ou démédullisation du tibia. Lyon méd. p. 339. — 29) Schultén, M. W. af, Ueber osteoplastische Füllung von Knochenhöhlen besonders der Tibia. Langenb. Arch. Bd. 52. Hft. 1.

Lexer (1) theilt eine Anzahl von Experimenten über Osteomyelitis an jungen Kaninchen mit, die mit verschiedenen pyogenen Microorganismenarten durch intravenöse Injectionen (in die Ohrvene) inficirt wurden.

1. Durch Anwendung geringer Mengen abgeschwächter Culturen des Staphylococcus pyogenes aureus wurde die sonst bei Anwendung sehr virulenter Culturen schwere und tödtliche Erkrankung vermieden. Bei einer grossen Anzahl von Thieren, welche alle nach dieser schwachen Infection am Leben blieben, erkrankten einige wenige in der ersten Woche an Schwellungen einzelner Extremitäten, an denen sich nach Rückgang der Anschwellungen Knochenverdickungen entwickelten. In 2 Fällen beschränkte sich bei anscheinend gesunden Thieren der osteomyelitische Process auf einen einzigen Knochen (Tibia, Femur). Die Präparate von den erst nach 30 Tagen resp. 3 Monaten getödteten Thieren zeigten in Bezug auf die Auftreibung des Knochens, die ausgedehnte Markeiterung, Bildung von Sequestern und einer dicken Sequesterlade grosse Aehnlichkeit mit der Erkrankung des Menschen.

2. Ein schweres allgemeines Krankheitsbild mit rapider Ausdehnung der Eiterung im befallenen Knochen, mit Epiphysenlösung, periostaler und parostaler Eiterung wurde erzielt durch Mischinfectionen, bei welchen der intravenösen Injection eines spontan beim Kaninchen vorkommenden Eitererregers (Schimmelbusch) am 2. oder 3. Tage als secundäre Infection die einer Staphylococcencultur folgte.

3. Versuche mit dem Staphylococcus pyogenes albus ergaben bei genügender Virulenz desselben die nämlichen Resultate wie Versuche mit dem aureus.

4. Die Blutinfection mit Streptococcen führte nur dann zu spontanen Eiterungen am Knochensystem, wenn man es mit der Virulenz und Menge der angewendeten Cultur so traf, dass die Thiere noch Wochen lang am Leben blieben. Ein Thier erkrankte an 4 Knochen. Als es nach 10 Wochen getödtet wurde, fand sich neben der Schaftnecrose eines Femur, das in der 7. Woche nach der Infection spontan fracturirte, neben einer Epiphysenlösung an der rechten Tibia oben, und einer Markeiterung in einem Humerus, noch ein totaler, von Eiter umgebener Diaphysensequester der linken Tibia.

5. Ein in der v. Bergmann'schen Klinik beobachteter Fall von Pneumococcen-Osteomyelitis (9 monatlicher Knabe), dessen Präparat neben Anderem kleine Knochenmarkherde im unteren Femurdrittel und einen vom unteren Diaphysenende der Tibia in's Fussgelenk perforirten Eiterherd deutlich zeigten, gaben L. Veranlassung, auch mit Pneumococcen Versuche an jungen Thieren anzustellen. Dieselben führten indess zu keinem Resultat, da sie an der grossen Empfänglichkeit der Thiere scheiterten, die stets auch nach Verwendung der kleinsten Dosen einer acuten Septicämie erlagen.

Canon (3) stellt aus der chirurgischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses in Moabit 63 Fälle von Osteomyelitis zusammen, darunter 25 im acuten Stadium, 5, bei denen die Krankheit während des chronischen Stadiums plötzlich wieder acut wurde, und 33 Fälle von chronischer Osteomyelitis.

Das Alter schwankte bei den 30 acuten Fällen zwischen $^3/_4$ und 20 Jahren; nur ein Fall betraf ein Mädchen von 29 Jahren. Ein Analogon zu der „Periostitis albuminosa" boten 3 Fälle insofern, als in allen dreien eine eitrige Osteomyelitis des Femur bestand, während in dem benachbarten Kniegelenk sich nur ein seröser Erguss zeigte, welcher in 2 Fällen zahlreiche Staphylococcen enthielt, im dritten, einem chronischen, steril war.

Abgesehen davon war bei den acuten Osteomyelitiden in 10 Fällen eine eitrige Erkrankung eines Gelenks vorhanden; in zwei Fällen waren 2, in einem 3 Gelenke vereitert. Von 6 Patienten, deren Hüftgelenk vereitert war, starben 4. Bei den 33 chronischen Fällen waren 6 ankylotische Gelenke vorhanden, 5 mal das Knie-, einmal das Ellbogengelenk.

Meist wurde anfänglich nur incidirt und drainirt; eine frühzeitige Aufmeisselung des Knochens und Ausräumung des erkrankten Markes wurde nur in 6 Fällen vorgenommen. Von diesen endeten 5 mit dem Tode, bei dem 6. wurde die Amputation nothwendig. Jedoch sprechen diese schlechten Resultate nicht ohne weiteres gegen diese Art der Operation, da es sich von vornherein um besonders schwere Fälle handelte. In 3 Fällen wurden alte osteomyelitische Knochenhöhlen nach gründlicher Auskratzung mit Plomben (Cement- oder Kupferamalgamplomben) verschlossen. In allen 3 Fällen mussten die Plomben wegen der Eiterung wieder herausgenommen werden. Dieselbe war entstanden, obwohl bei der Einbringung der Plombe peinlich auf Asepsis geachtet worden war.

Nach den bacteriologischen Untersuchungen, die den Eiter und das Blut der Osteomyelitiskranken betrafen, überwogen unter C.'s Fällen an Zahl bei weitem die Staphylococcenosteomyelitiden, was C. geneigt macht, die Osteomyelitis im Wesen als eine Staphylococcenpyaemie der Entwickelungsperiode aufzufassen und dabei hervorzuheben, dass auch ausnahmsweise andere Microorganismen, besonders Streptococcen, eine Osteomyelitis verursachen können, und dass auch bei Erwachsenen diese Krankheit vorkommen kann. Für diese Annahme, dass gerade die Staphylococcen besonders leicht Eiterung im Knochenmark hervorrufen, spricht auch der Ausfall von etwa 40 durch C. angestellten Thierversuchen. Es gelang ihm bei jungen Kaninchen durch Injection einer geeigneten Dosis von Staphylococcen ins Blut ausnahmslos osteomyelitische Erscheinungen hervorzurufen, durch Injection von Streptococcen oder anderen Microorganismen seltener oder gar nicht.

Aus weiteren, indess noch nicht abgeschlossenen Versuchen C.'s geht hervor, dass es möglich ist, Thiere mit dem Blutserum von Menschen, welche eben eine Staphylococcenerkrankung überstanden haben, gegen eine Staphylococceninfection zu immunisiren.

Stettiner (4) berichtet über 196 in den letzten 15 Jahren auf der chirurgischen Abtheilung des Berliner städtischen Krankenhauses am Friedrichshain behandelte Fälle von Osteomyelitis. Von denselben kam ungefähr die Hälfte bereits im acuten Stadium, die andere Hälfte im Stadium der Necrose oder der Folgezustände derselben zur Beobachtung.

Von den 99 im acuten Stadium eingelieferten Patienten sind 54 geheilt, 22 gebessert, d. h. vor völliger Ausheilung des Processes, meist vor Lösung des Sequesters, 2 ungeheilt entlassen worden und 21 gestorben. Einzelne Jahre, wie das Jahr 1881 und 1894, sind mit besonders vielen Todesfällen (50 pCt.) belastet, andere zeigen wieder eine auffallend geringe Mortalität (so das Jahr 1886 und 1890). Während sich in der Mehrzahl der Fälle die Krankheit auf einen Knochen beschränkte, kamen 19 Fälle mit multiplen Herden theils bereits in die Anstalt, theils entwickelten sich dieselben hier. Von diesen sind 10, also mehr als die Hälfte, gestorben. Viel schlimmer jedoch als die Prognose der multiplen Knochenerkrankungen gestaltet sich diejenige der Fälle, welche mit metastatischen Abscessen in anderen Organen complicirt sind. Bei fast allen letal verlaufenen Fällen konnten solche Metastasen schon bei der Aufnahme diagnosticirt oder post mortem durch das Sectionsergebniss als bereits vorhanden gewesen angenommen werden.

Was die Therapie anbetrifft, so sind von den 99 Fällen bei weitem die Mehrzahl, nämlich 78, mit blosser Incision, d. h. mit Eröffnung des subperiostalen Abscesses, durch ausgiebige Spaltung der Weichtheile bis auf den Knochen und Drainage, nur 20 mit sofort angeschlossener oder innerhalb der nächsten 24 bis 48 Stunden nachfolgender Aufmeisselung des erkrankten Knochens und Auslöffelung seiner Markhöhle behandelt worden. Von den auf die erste Art Operirten sind 11 gestorben, also ungefähr 14 pCt., von den Trepanirten 10, also 50 pCt. Die hohe Mortalität der letzteren ist dadurch bedingt, dass es gerade die schwersten und ungünstigsten Fälle waren, bei welchen die Operation vorgenommen werden musste. War sie in der Hälfte der Fälle wirkungslos, so ist sie in der anderen Hälfte lebensrettend gewesen; die Pat. wären ohne breite Eröffnung der Markhöhle zu Grunde gegangen. S. hält bei der acuten Osteomyelitis der langen Röhrenknochen die Aufmeisselung des erkrankten Knochens mit nachfolgender Auslöffelung seiner Markhöhle für indicirt 1. vor Ausbildung des subperiostalen Abscesses bei schweren Allgemeinsymptomen, 2. nach Ausbildung desselben, wenn nach genügender Spaltung der Weichtheile eine deutliche Besserung der Allgemeinsymptome nicht innerhalb der nächsten 24—48 Stunden zu constatiren ist.

Bei der Behandlung schwerer Phlegmonen der den erkrankten Knochen umgebenden Weichtheile ist die Anwendung permanenter Bäder von grossem Werthe gewesen. Gelenkcomplicationen, bald schwerer, bald leichter Natur, traten in etwa $^1/_4$ aller Fälle auf. Die Therapie schwankte je nach der Schwere zwischen der Punction und nachfolgender Ausspülung mit desinficirender Drainage und der Resection. Was das Endresultat betrifft, so blieb in einem Theile (ca. 55 pCt.) die Beweglichkeit vollkommen erhalten; in anderen Fällen (ca. 35 pCt.) war dieselbe mehr oder minder beschränkt, und in einem dritten Theile (ca. 10 pCt.) war die völlige Ankylose die Folge. Zweimal erwies sich eine Amputation des Oberschenkels, zweimal eine solche des Unterschenkels als erforderlich.

Was die Fälle von chronischer Osteomyelitis anlangt, so betrug bei den Kranken, welche die Lösung der Sequester und die nach der Necrotomie eingetretene Heilung in der Anstalt abwarten konnten, die durchschnittliche Heilungsdauer 8 Monate; sie währte im günstigsten Falle nur 3, im ungünstigsten 22 Monate. Die Necrotomie konnte bei kleinen Sequestern bereits nach 2—3 Monaten, bei grösseren nach 4—6—9 Monaten vorgenommen werden. Der richtige Zeitpunkt dafür ist der unmittelbar nach Lösung des Sequesters.

Jordan (6) berichtet über zwei Fälle von Osteomyelitis am Humerus resp. Femur, welche durch die ausserordentliche Aehnlichkeit des Knochenbefundes mit Sarcom besonderes Interesse beanspruchen.

Bei dem ersten 20 Jahre alten Kranken hatten im acuten Stadium des Leidens die Allgemeinsymptome so prävalirt, dass die Erkrankung längere Zeit als eine Influenzaartige mit secundärer Schultergelenksentzündung aufgefasst worden war. Als Patient dann im chronischen Stadium in chirurgische Behandlung trat, war der objective Befund am Oberarm ein solcher, dass die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Sarcom gestellt wurde. Unterstützt wurde die letztere durch das microscopische Bild der ausgeschabten Gewebsmassen, welches am meisten dem des Angiosarcoms entsprach. Der weitere Verlauf ergab indessen, dass eine Osteomyelitis humeri vorlag; denn es fanden sich bei der zweiten Operation die characteristischen Sequester, und die geschwulstartige Schwellung des Armes nahm rasch ab.

Bei dem zweiten 41 jährigen Patienten entwickelte sich das Leiden ohne bekannte Veranlassung ganz allmälig; 4 Wochen nach dem Auftreten von mässigen Schmerzen entstand eine Spontanfractur des Oberschenkels im Bereiche der schmerzhaften Partie. Trotz sachgemässer Behandlung erfolgte keine Consolidation; vielmehr bildete sich eine sehr beträchtliche diffuse geschwulstartige Anschwellung des Oberschenkels. Das Allgemeinbefinden war dabei in keiner Weise gestört. Die Anamnese sowie der objective Befund entschieden für die Existenz eines Sarcoma femoris. Die Incision ergab, dass eine chronische proliferirende Osteomyelitis mit characteristischer Sequesterbildung vorlag. Die geschwulstartige Verdickung bildete sich nahezu vollständig zurück; es erfolgte die Heilung der Fractur mit Wiederherstellung der Function des Beines.

Poncet (7) beschreibt unter der Bezeichnung „larvirte Osteomyelitis" ein Krankheitsbild, das sich klinisch nur durch vorübergehende, mehr oder minder ausgesprochene, offenbar durch eine abgeschwächte Infection hervorgerufene Schmerzen im Knochen kennzeichnet, während an einer anderen Stelle des Körpers ein Knochen unter den typischen Erscheinungen der

Osteomyelitis erkrankt ist. So beobachtete P. einen 18jähr. Patienten, den er 8 Jahre zuvor wegen einer acuten Osteomyelitis der Tibia mit secundärer Betheiligung von Knie und Fussgelenk operirt und zur Heilung gebracht hatte. Von Zeit zu Zeit traten bei ihm in dem einen Humerus Schmerzen rheumatischen Characters auf, die endlich so unerträglich wurden, dass der Kranke seine Arbeit einstellen musste. Eine Schwellung an dem Knochen war nicht nachweisbar; dagegen hatte sich derselbe allmälig um 4 cm gegenüber der gesunden Seite verlängert. Nach Freilegung und Trepanation des von normalem Periost bedeckten, stark vascularisirten Knochens wurde dieser im Zustande der Eburnation gefunden. Die Markhöhle war stark verkleinert und mit neugebildeten Spongiosabälkchen erfüllt. Das sclerosirte Mark, dessen Aussaat auf Bouillonculturen steril blieb, hatte einen fibromucösen Character angenommen und contrastirte in der Farbe gegenüber der Nachbarschaft. Das Innere des Knochens wurde so weit als möglich ausgeschabt. 3 Tage später waren die Schmerzen für immer verschwunden.

P. räth, nur bei leichtem Grade dieser larvirten Osteomyelitis, die sein Schüler Mialaret bei einer diesbezüglichen Nachforschung im Hôtel-Dieu unter 43 an Osteomyelitis Operirten 10 mal fand, sich auf die gewöhnlichen schmerzlindernden Mittel zu beschränken. Werden die Beschwerden heftiger, so vollführt er an der Stelle, die die Kranken als die empfindlichste angeben, die Trepanation, und von hier aus die Ausschabung des Knochens.

Karewski (19) hat seit 4 Jahren in der Poliklinik des jüdischen Krankenhauses zu Berlin versucht, an Spondylitis leidende Kinder mit einem Contentivverband so auszustatten, dass sie im Stande sind, trotz Feststellung aller in Frage kommenden Gelenke zu stehen und zu gehen; er benutzt hierzu einen Gypsverband, welcher vom Halstheil der Wirbelsäule beginnend bis zu den Malleolen beider Beine reicht, also die ganze Wirbelsäule mit Ausnahme der cervicalen und beide untere Extremitäten in gespreizter Stellung bis zu den Füssen fixirt. Die dergestalt mit einem Gypsanzug versehenen Kinder lernen nach K. überraschend schnell stehen und gehen. Selbst lange Zeit gelähmte Kinder, die man allerdings oft noch bis zu den Zehen eingypsen muss, um die Füsse in Normalstellung zu bringen oder Spasmen zu beseitigen, können sich wieder aufrecht halten und beginnen an einer Laufbank sich mit der bekannten Beckenrumpfverschiebung vorwärts zu bewegen. Haben die Kinder erst einmal gelernt, in dem anfänglich gewiss unbequemen Verband Locomotionen auszuüben, so werden sie schnell so selbstständig, dass ihre Ueberwachung und Pflege wesentlich erleichtert ist; die freie Bewegungsfähigkeit äussert dann ihren wohlthätigen Einfluss auf Appetit, Verdauung und psychische Stimmung in allergünstigster Weise.

K.'s Erfahrungen ergaben eine ausserordentlich günstige Beeinflussung der Spondylitis durch dieses allerdings vielleicht rigorose Verfahren. Für die poliklinische Praxis besitzt das Verfahren noch den Vorzug grosser Billigkeit.

Af Schultén (27) beschreibt sein Vorgehen bei der Ausführung osteoplastischer Operationen. Vorausgesetzt den Fall einer Osteomyelitis der ganzen Diaphyse der Tibia erfolgt zunächst die Sequestrotomie und Regelung der Höhle. Der Markcanal der Tibia wird dabei in der ganzen Länge aufgemeisselt und die vordere Wand entfernt. Darauf werden Sequester entfernt, Granulationen und morsche Knochen ausgeschabt. Durch Ausmeisselung wird die grosse Höhle in möglichst rechtwinklig parallelipedische Formen gebracht.

Die Osteoplastik wird 2—3 Wochen nach dieser Operation vorgenommen oder noch später, wenn der Fall frisch ist, und die Wände der Höhle in Folge ungenügender Neubildung von Knochen zu dünn sind. Sie wird je nach den vorliegenden Verhältnissen nach einem der 4 folgenden Verfahren ausgeführt:

a) der Mitteltheil der Höhle wird in eine Rinne umgewandelt; die restirenden oberen und unteren Theile der beiden Seitenwände werden gelöst und gegen einander verschoben;

b) Der mittlere Theil wird in eine Rinne verwandelt, nur die unteren und oberen Theile der einen dünneren Seitenwand werden losgelöst und gegen die andere Wand verschoben;

c) die Seitenwände werden abgelöst und in 4 Stücken gegen einander verschoben, ohne Bildung einer Rinne im mittleren Theil;

d) nur die eine Seitenwand wird in 2 Stücken verpflanzt, ohne dass der Mitteltheil zu einer Rinne ausgemeisselt wird.

[Poulsen, Kr., Fall von Periostitis tuberositatis tibiae, Fussballläsion. Hospitals Tidende. R. 4. B. 4. p. 236.

Bei einem 13jährigen Knaben trat nach dem Fussballspiel starke Geschwulst und Schmerz auf der Tuberositas tibia beiderseitig auf. Er musste einige Zeit das Bett hüten, wobei Geschwulst und Schmerz sich verloren. Als er wieder zu gehen anfing, verursachte ihm jede kräftige Extensionsbewegung Schmerzen; erst nach und nach lernte er, wie viel er von Extensionsbewegung vertragen konnte. — Der Verf. meint, dass es sich hier um eine Irritation des Epiphysenknorpels der Tuberositas tibiae handelte; die diffuse Geschwulst und der protrahirte Verlauf sprächen hierfür. Die Prognose ist zweifelhaft, vielleicht verschwindet die Krankheit erst mit dem Epiphysenknorpel, wenn Pat. völlig erwachsen ist.

Schaldemose.

Müllern-Aspegren, Ulric. Ein Fall von Chondritis costalis septica. Aus der technischen Klinik des Serafinlazareths zu Stockholm. Hygiea. LVIII. 9. p. 235—245.

Ein 27jähriger Tischler bemerkte vor ca. 1 Monat in der Höhe des dritten rechten Rippenknorpels, ganz nahe dem Sternum, eine ungefähr nussgrosse, weder empfindliche noch schmerzende Geschwulst, welche nicht verschiebbar, sondern am Knochen festgewachsen war. Nur bei kräftigen Zusammenziehungen des Musc. pect. maj. spürte er ein wenig Schmerz. Verf. beobachtete in gleicher Höhe mit der Insertion des dritten rechten Rippenknorpels und in die Richtung derselben Rippe sich erstreckend, eine oval abgerun-

dete Geschwulst, 9 resp. 7 cm im Durchmesser. Wie es scheint, haftet sie an und geht unmerklich in den Knorpel der dritten (möglicherweise auch der vierten) Rippe, sowie in die rechte Seite des Sternum über. Die Oberfläche der Geschwulst scheint ziemlich glatt zu sein, ihre Consistenz sehr hart, etwas elastisch. In der Mitte ist sie etwas weicher, beinahe fluctuirend. 10 cm lange Incision längs des dritten Rippenknorpels. Bei der Spaltung des M. pector. maj. zeigten sich die untersten Muskelbündelchen bedeutend infiltrirt. Beim Versuche, sie von der Geschwulst loszutrennen, wurde eine kleinere Höhlung geöffnet, wobei etwas dünner Eiter ausfloss. Die Höhlung, welche auch einen Theil Granulationsmasse enthielt, wurde ausgelöffelt. Sodann wurde der dritte Rippenknorpel in seiner ganzen Ausdehnung dissecirt. Ungefähr 1 cm von seinem sternalen Rande, auf der unteren Kante, fand sich im Knorpel eine erbsengrosse Vertiefung, von einer losen Masse ausgefüllt. Resection des Rippenknorpels von seinem sternalen Rande bis 0,5 cm in den knöchernen Theil der Rippe. Heilung. Das betreffende Bacterium zählt Verf. zum Bacterium coli commune, obgleich es Milch nicht gerinnen macht und Indol nicht producirt. Dieser Fall ist der erste, wo man klinisch (experimentell ist das früher geschehen) Bacterium coli com. als Ursache einer Suppuration im Knorpelknochensysteme angetoffen hat. **A. Fr. Eklund** (Stockholm).]

D. Neubildungen der Knochen.

Allgemeines. 1) Reich, W., Ein Beitrag zur Lehre über die multiplen Exostosen. Zeitschr. f. Chir. Bd. 43. S. 128. (R. berichtet über eine 31jährige Patientin mit multiplen Exostosen und hochgradigen Wachsthumsstörungen. Eine Exostosis bursata am Knieende des linken Oberschenkels, die operativ entfernt wurde, hatte sammt Stiel eine Höhe von 5 cm und an dem Rand des pilzförmigen Hutes einen Umfang von 19 cm. Ihre überknorpelte Oberfläche zeigte ein maulbeerenartiges Aussehen.) — 2) Young, James, A case of leontiasis ossea. Brit. Journ. Oct. 31. p. 1303. (Die Krankheit hatte bei dem 46jährigen Patienten 7 Jahre bestanden, als der Exitus eintrat. Durch die Betheiligung der Oberkiefer- und Stirnbeine waren Exophthalmos und Ectropion bedingt. Stirnbein- und Oberkieferhöhlen waren, wie die Section zeigt, verschwunden, die Orbita verkleinert; auch die Nasenhöhle war ziemlich ausgefüllt, der Proc. alveolaris beträchtlich verdickt. Gehirn und Schädel zeigten sonst normalen Befund. Daneben bestand Atheroma aortae, Verkalkung der Mitralis und Schrumpfniere.) — 3) Péan, Des tumeurs anévrismatiques des os. Bull. de l'Académie de méd. Séance du 18. février. p. 147. (In P.'s erstem Falle bestand bei einem 60jährigen Manne eine pulsirende, linsengrosse, violette Geschwulst am harten Gaumen, aus der wiederholt starke Blutungen aufgetreten waren, das zweite Mal eine vom Oberkiefer ausgehende erectile Geschwulst von der Grösse einer halben Orange, die die Stelle des unteren Augenlides einnahm und in die Orbita hineinzuwachsen drohte. Die wegen der Blutung schwierige Exstirpation der Geschwülste erwies ein von erweiterten Gefässen durchsetztes Gewebe.) — 4) Löffler, Carl, Zur Prognose der Knochensarcome. Inaug.-Diss. Halle. (Zusammenstellung von 28 Sarcomfällen aus v. Bramann's Klinik.) — 5) Jacobsohn, Max, Ein Beitrag zur Kenntniss der Sarcome der langen Röhrenknochen. Inaug.-Diss. Greifswald. 1895. — 6) Ritchie, James, Osteomalacia carcinomatosa. Edinb. Journ. p. 209. (Der Kranken wurde im Alter von 47 Jahren eine carcinomatöse Mamma mitsammt den Achseldrüsen entfernt. 6 Jahre nachher traten Schmerzen und Erscheinungen von Osteomalacie am Becken und Thorax auf. Das Rückgrat verkrümmte sich, die Rippen wurden zusammengedrängt. Beim Aufsetzen im Bett entstand eine Fractur der 4. Rippe. Bei der Section erwies sich die Pleura überall mit kleinen Knötchen besetzt. Die Rippen waren, besonders am Sternalende, sehr verdünnt und durchscheinend, derart, dass die Costalknorpel dicker als die Rippen waren. Die Fracturstelle der 4. Rippe sass an der Knochenknorpelgrenze; Callusbildung war nicht eingetreten. Microscopische Schnitte zeigten zahlreiche grosse Zellen in perlenartiger Anordnung.)

Schädel. 7) Wherry, George, Sequel to a case of osteoporosis of the cranial vault. Brit. Journal. Sept. 19. p. 743. (W. fand bei der Section eines Mannes, dem früher das rechte Bein wegen eines Tibiasarcoms amputirt worden war, an den langen Knochen und der Schädeldecke zahlreiche durchgehende, mit weichen Geschwulstmassen erfüllte Löcher, von denen einige am Schädel befindliche 2 Finger durchliessen; der 8., 9. und 10. Dorsalwirbel waren ankylotisch. Hier bestand eine leichte Kyphose.)

Obere Extremität. 8) Wiesinger, Myelogenes Osteosarcom. Deutsche Wochenschr. No. 14. Vereins-Beil. S. 94. (W. hat mit Erfolg bei einem 38jährigen Arbeiter wegen eines myelogenen Osteosarcoms im oberen Drittel des Oberarms den Oberarm, das Schulterblatt und zwei Drittel der Clavicula entfernt. Eine gleiche Geschwulst fand sich in der rechten Parietalgegend; sie ragte in die Schädelhöhle hinein, hatte die Dura vor sich hergetrieben und war an einer Stelle bereits mit ihr verwachsen, so dass ein Stück derselben mit der Geschwulst excidirt werden musste.) — 9) Keen, W., On amputation of the entire upper extremity (including the clavicle and scapula) for sarcoma following fracture of the clavicle. Philad. Acad. of Surgery. Febr. 4. 1895. (Das Sarcom der Clavicula entwickelte sich $1^1/_2$ Jahre nach einem Bruch dieses Knochens. Zur Deckung des grossen Defects wurde ein Hautlappen aus der Innenseite des Oberarms benutzt.) — 10) Cabot, A. T., A case of sarcoma of the scapula. Boston Journal. No. 17. p. 471. (Der 12jährige Knabe starb 5 Monate nach der Operation unter den Zeichen eines Gehirnsarcoms.) — 11) Shepherd, Francis J., Excision of the scapula for sarcoma. Canadian Medical Association. Montreal. August. (Es handelte sich um ein faustgrosses myelogenes auf die Fossa infraspinata beschränktes Sarcom. Die Scapula wurde entfernt, dabei das Acromion abgesägt und zurückgelassen. Die Patientin genas schnell.) — 12) Frank, Theodor, Ueber die Abtragung der oberen Extremität sammt der Scapula (Amputatio interscapulo-thoracica nach P. Berger, nebst Beschreibung zweier Fälle aus der Greifswalder chirurgischen Klinik). Inaug.-Diss. Greifswald. 1895. (Die Veranlassung zu dem Eingriff gab einmal ein vorwiegend aus Spindelzellen, nur zum kleinen Theil aus Rundzellen aufgebautes Sarcom. Dasselbe war anscheinend von der Fascie des M. subcapularis ausgegangen und hatte sich im Wesentlichen nach der Achselhöhle zu und längs der Thoraxwand nach vornhin entwickelt. Die Gefäss- und Nervenstämme waren völlig von der Geschwulstmasse umwuchert und konnten nur durch sorgfältige Präparation zu Gesicht gebracht werden. Die Patientin war zwei Jahre nach der Operation noch recidivfrei. Bei dem 2. Patienten wurde die Operation wegen einer progressiven Phlegmone vollführt, ohne den Eintritt des Exitus letalis verhindern zu können. — 13) Walters, A case of pulmonary hypertrophic osteo-arthropathy. Brit. Journ. Febr. 8. p. 329. (Bei dem 34jährig. Patienten entwickelten sich kurze Zeit nach dem Auftreten tuberculöser Lungenveränderungen die Erscheinungen der Osteoarthropathie hypertrophiante [Marie]. Die Veränderungen sassen zunächst und hauptsächlich an den oberen Extremitäten, namentlich an den Händen und den unteren Enden der Vorderarme. An der unteren Extremität waren auch die

Knochen am Kniegelenk betheiligt; es bestand eine geringe Verdickung der Crista ossis ilei. Der Gipfel einer kyphotischen Verkrümmung der Wirbelsäule war der vierte Brustwirbel.

Untere Extremität. 14) Noetel, Franz, Beiträge zur Prognose der Knochensarcome des Femur und der Unterschenkelknochen. Inaug.-Dissert. Berlin. — 15) Kehr, Hans, Ueber einen operativ behandelten Fall von Knochencyste des Oberschenkels. Zeitschr. f. Chir. Bd. 43. S. 186. (Der 6jährige Knabe leidet seit 2 Jahren an alle 3—4 Monate wiederkehrenden Schmerzanfällen unter dem Trochanter; nach einem Bruch im unteren Drittel des Oberschenkels tritt in 4 Wochen glatte Heilung ein. Indess nehmen die Schmerzen unter dem Trochanter zu, es kommt zu einer Verdickung an der erkrankten Stelle, zu einer Einknickung und Verkrümmung des Oberschenkels mit nach vorn und aussen gerichteter Winkelspitze dicht unter dem Trochanter. Unter der sehr dünnen Corticalis findet sich hier eine glattwandige Knochencyste von der Grösse eines Borsdorfer Apfels, umgeben von Tumormassen fibrosarcomatösen Characters, ohne dass eine sichere Diagnose auf eine bösartige Geschwulst gestellt werden konnte. Nach dem Eingriff, bestehend in Auskratzen der Geschwulstmassen, bis überall eine gesunde Corticalis blossgelegt war, kam es zur Heilung mit nunmehr zweijähriger Recidivfreiheit.) — 16) Brackett, E. G., Subtendinous exostosis. Boston Journ. January. 9. S. 41. (B.'s 16jährig. Patient hatte $1\frac{1}{2}$ Jahr zuvor plötzlich beim Springen einen heftigen Schmerz hinten an der Hacke verspürt; kurze Zeit darauf war es zu einer Schwellung, namentlich an der Aussenseite der Achillessehne gekommen und zu einer derartigen Behinderung des Ganges, dass sich der Kranke nur an Krücken fortbewegen konnte. Es ergab sich an der Aussenseite der Hacke eine harte, $\frac{1}{4}$ Zoll dicke und $\frac{1}{2}$—$\frac{3}{4}$ Zoll im Durchmesser zeigende Masse, die die Achillessehne abhob und die Beweglichkeit derselben beschränkte. Die Operation zeigte an dem oberen Theil der Hinterseite des Calcaneus, gerade oberhalb der Insertion der Achillessehne, eine Exostosis cartilaginea, nach deren Entfernung die Beschwerden schwanden.

E. Missbildungen der Knochen.

Allgemeines. 1) Kümmel, Werner, Die Missbildungen der Extremitäten durch Defect, Verwachsung und Ueberzahl. Bibliotheca medica E. 1895. H. 3. — 2) Winckel, F. v., Aetiologische Untersuchungen über einige sehr seltene fötale Missbildungen. Münch. Wochenschr. No. 17 u. 18. — 3) Machenhauer, Fall von angeborenem partiellem Riesenwuchs mit Berücksichtigung der Aetiologie desselben und verwandter Wachsthumsabnormitäten. Centralbl. f. innere Medicin. No. 43. S. 1105. — 4) Hlawacek, Ueber einige Extremitätenmissbildungen. Zeitschr. f. Chir. Bd. 43. S. 140.

Brustkorb. 5) Joachimsthal, Ueber einen Fall von angeborenem Defect an der rechten Thoraxhälfte und der entsprechenden Hand. Berl. Wochenschr. No. 36. S. 804.

Obere Extremität. 6) Günther, H., Ein Fall von congenitalem Defect der oberen Extremität. Dtsch. Wochenschr. No. 26. S. 418. — 7) Buchbinder, Hans, Ein Beitrag zur Casuistik des congenitalen Radiusdefectes. Chirurgische Beiträge. Festschrift für Benno Schmidt. Leipzig. (B. hatte Gelegenheit in den letzten 2 Jahren 5 Fälle von congenitalem Radiusdefect zu beobachten. Sämmtliche Patienten waren männlichen Geschlechts. Ein Kind starb während der Geburt, die anderen erreichten ein Alter von 23 Tagen bis zu 4 Jahren und mehr. Bei den 5 Fällen fehlte 2 mal der Daumen gänzlich; einmal war er rudimentär angelegt und 2 mal vorhanden. Die Hand stand stets in ausgeprägter Klumphandstellung. Wie bei den meisten beschriebenen Fällen von Radiusmangel fanden sich auch bei einigen von B.'s Fällen noch andere Abnormitäten, so Hydrocephalus internus, Verwachsensein beider Nieren, Fehlen des Septum ventriculorum, Anomalien des Schädelbaues, Deformitäten der Unterextremität und im 3. Falle auch die Lähmung des r. Armes u. Beines.) — 8) Bilhaut, M., Absence congénitale du premier métacarpien gauche, présence de deux phalanges du pouce. — Intervention chirurgicale. — Suture de la première phalange du pouce avec le second métacarpien. Annales de chirurgie et d'orthopédie. Septembre. p. 257. (In dem von Bilhaut operirten Falle fehlte bei einem 2 jähr. Kinde der ganze linke Metacarpus pollicis, ohne dass wunderbarer Weise die beiden durch einen Stiel an der normalen Stelle lose mit der Hand zusammenhängenden Daumenglieder bis dahin in der Entwicklung zurückgeblieben gewesen wären. Bilhaut führte über die dorsale Fläche des ersten Daumengliedes einen Längsschnitt, den er durch die Mitte des erwähnten Stieles bis zum zweiten Metacarpus verlängerte; über letzteren wurde rechtwinklig zum ersten Schnitt ein zweiter geführt. Nach Trennung und Abhebung des Periosts war es möglich, die angefrischte und zurechtgeschnittene Daumenphalanx durch Vernähung des beiderseitigen Periosts so mit dem Metacarpus zu vereinigen, dass der Daumen in opponirter Stellung fixirt stand. Bilhaut erhofft nach Abschluss der Heilung ein normales Weiterwachsen des Daumens.) — 9) Riedinger, J., Ein Fall von Spalthand. Intern. photogr. Monatsschr. für Medicin u. Naturw. S. 327. (Verf. berichtet unter Beifügung eines Röntgenbildes über einen 65jähr. Patienten mit einer über die Metacarpophalangealgelenke hinausreichenden Spaltbildung der rechten Hand an der Stelle des Mittelfingers. Der rudimentäre Mittelfinger selbst ist kurze Zeit nach der Geburt entfernt worden. Der Daumen kann vom Zeigefinger weder activ noch passiv abgezogen werden. Es bestand zwischen beiden Fingern eine früher operativ beseitigte Syndactylie. Der Zeigefinger ist um seine Längsachse gedreht, so dass die Beugeseite desselben radialwärts gerichtet ist. Der Ringfinger ist der kräftigste Finger der rechten Hand; er ist ebenfalls etwas um seine Längsachse radialwärts rotirt. Die Hand ist zur Ausübung grober Arbeit befähigt.)

Untere Extremität. 10) Kredel, L., Coxa vara congenita. Centralbl. für Chir. No. 42. S. 909. (Verf. beobachtete zweimal eine angeborene Coxa vara, einmal beiderseits neben hochgradigem Genu valgum und schwerem Pes equinovarus bei einem Kinde im 3. Lebensjahre, das andere Mal einseitig bei einem 8 Monate alten Kinde zugleich mit leichtem Genu valgum und schwerem Pes equinovarus desselben Beines, sowie Defect der Patella, schwerem Genu valgum und Pes equinovarus des anderen Beines.) — 11) Lange, J., Ueber den angeborenen Defect der Oberschenkeldiaphyse. Zeitschrift für Chir. Bd. 43. Heft 3 u. 4. S. 528. (Verf. giebt aus Lorenz's Beobachtung die Mittheilung von 2 Fällen von angeborenem Defect der Oberschenkeldiaphyse. Zunächst schien bei beiden Kindern die Diaphyse vollständig zu fehlen, während sich bei einer Untersuchung im 3. Jahre der Patienten Knochen von 12 und 13 cm Länge vorfanden. Es muss also die Anlage zu einer Diaphyse von vornherein vorhanden, und nur das Wachsthum aus unbekannten Gründen verzögert oder zeitweise vollständig unterbrochen gewesen sein. Die Behandlung solcher Fälle muss demnach darnach streben, die schlummernde Wachsthumsenergie zu wecken und anzuregen. Dieser Aufgabe kommt man am besten durch fleissige Benutzung des verkümmerten Beines nach. Dasselbe soll nicht wie ein Amputationsstumpf in einer Entlastungsprothese aufgehängt werden, sondern der Stützapparat darf nur die bestehende Verkürzung ausgleichen, um

dem Patienten das Gehen auf der Extremität zu ermöglichen.) — 12) Watjoff, E., Ein Fall von intrauterinen Fracturen an den Unterarm- und Unterschenkelknochen. Deutsche Wochenschr. No. 52. S. 842. (Verf. berichtet über angeborene symmetrische Anomalien an den Extremitäten eines 6 Tage alten, ziemlich gut entwickelten Mädchens, die neben Muskelcontracturen am Hals und den Extremitäten bestanden und in Anbetracht einer Reihe von Aborten der Mutter, des Vorhandenseins einer vergrösserten Leber, von Icterus und einer Verdickung der Epiphysen möglicherweise auf eine durch Syphilis hereditaria bedingte Alteration und leichte Zerbrechlichkeit der Knochen zu beziehen sind. Die Oberarme sind wulstig verdickt und nach innen verkrümmt; am Unterarm stösst man unter einem dunkelpigmentirten, mehr einem Nävus als einer Narbe ähnelnden Fleck, im unteren Drittel auf einen scharfrandigen Theil, der sich als das distale Ende der gebrochenen Ulna erweist, während das proximale Ende mit dem verbogenen Radius nach innen abweicht. In analoger Weise ist das Femur verbogen und verdickt; an der äusseren Seite des Unterschenkels besteht ein dem am Vorderarm vorhandenen analoger Pigmentfleck und darunter wiederum eine Fibulafractur mit Abweichung des oberen Endes nach innen.) — 13) Burmeister, Th., Ein Fall von sogen. intrauteriner Unterschenkelfractur, verbunden mit verschiedenen Knochendefecten. Festschrift, Carl Ruge gewidmet. Berlin. (Verf. giebt unter Beifügung von Röntgenbildern der deformen Gliedmaassen die Beschreibung eines neugeborenen Mädchens, das an beiden Unterextremitäten und der linken Hand allerlei Abnormitäten zeigt. An der linken Hand fehlt ein Finger. Die Unterschenkel sind beide an der Grenze des unteren und mittleren Drittels ganz symmetrisch nach hinten und aussen um etwa 60° geknickt. Die Füsse stehen in mässiger Spitzfussstellung und haben beide nur vier Zehen und vier Metatarsi. Am linken Unterschenkel fehlt die Fibula völlig, am rechten ist sie rudimentär vorhanden. Die Bilder, besonders das des rechten Beines erwecken den Eindruck, als wäre die intacte Tibia um ihre Längsachse gedreht und nach hinten und aussen verbogen.) — 14) Muralt, L. von, Ueber congenitalen Defect der Tibia. Inaug.-Diss. Zürich. 1895.

Kümmel (1) stellt eine ansehnliche Reihe von Missbildungen, die er an der Breslauer chirurgischen Klinik gesammelt hat, zusammen.

In den vier ersten Fällen handelt es sich um Radiusdefecte, einmal combinirt bei einem $1^1/_2$ Tage alten Kinde mit Atresia ani; einmal bestanden bei einem am 2. Tage nach der Geburt verstorbenen Kinde im wesentlichen folgende Anomalien: Es fehlte am Humerus die Eminentia capitata, an der Trochlea befand sich ein abnormer Knochenvorsprung. Vom Radius bestand keine Spur, in das Ellbogengelenk gingen nur Humerus und Ulna ein. Das dorsale Gelenkende der Ulna war verkümmert, an der vorderen Ulnafläche bestand eine Nearthrose. Von den Handwurzelknochen war das Multangulum majus nur rudimentär, das Scaphoideum fehlte völlig. Es bestand eine Subluxation der Ulna nach hinten im Ellbogen, eine complete Luxation der Hand nach vorn, schliesslich eine complete Luxation der Phalanx II des Zeigefingers auf die volare Seite der Phalanx I mit Bildung einer Nearthrose. Daneben fanden sich Hasenscharte, Wolfsrachen und ein Defect der linken Ohrmuschel wie des äusseren Gehörganges.

Von zwei atypischen Radiusdefecten betraf der eine einen 29 jährigen Patienten. Es war beiderseits im Vorderarm nur ein Knochen zu fühlen, der am oberen Ende einen dem Olecranon ähnelnden Fortsatz trug; auch die Form des Schaftes ähnelte der der Ulna. Am distalen Ende fanden sich jedoch zwei Höcker, deren äusserer etwas grösser als der innere war. Rechts waren Handwurzelknochen nicht zu fühlen; es folgte auf den Vorderarmknochen unmittelbar ein nach aussen gebogener, ziemlich starker Metacarpus. Mit diesem war eine Phalanx von etwa normaler Grösse verbunden, auf die eine zweite, den Nagel tragende folgte. Links waren ebenfalls Carpalknochen nicht sicher erkennbar; es folgte hier ein wie rechts gebogener Metacarpus; an sein Ende setzte sich eine grössere Phalanx an, die auf ihrer Aussenseite die zwei folgenden Phalangen seitlich angeheftet trug. Im Winkel zwischen Metacarpus und der starken Phalanx sass ein kurzer Finger, der nur aus einer Phalanx bestand. Bei einem 2 Monate alten Kinde fühlte man beiderseits im oberen Theile des Vorderarmes nur einen Knochen, die kräftig entwickelte Ulna mit dem Olecranon. Annähernd in der Mitte des Voderarmes war der weiter centralwärts fehlende Radius wieder neben der Ulna fühlbar. Sämmtliche Finger, ausser dem Daumen, waren stark ulnarwärts abducirt, der Daumen vollständig luxirt; im Ruhezustande kreuzte er die Achse des Vorderarmes unter einem Winkel von 30—45°; seine Spitze sah proximalwärts, und seine Beugefläche lag der Handwurzelgegend nahe.

In einem Falle von knöcherner Verwachsung der oberen Enden von Radius und Ulna, die etwa an der Stelle der Tuberositas radii begann und sich bis ins Gelenk hinein erstreckte, wurde der untere Theil dieser Knochenbrücke bei dem 6 jährigen Mädchen mit dem Meissel getrennt, dann am oberen Ende der Trennungslinie der Radius quer abgemeisselt.

Ein partieller Defect der rechten Ulna war combinirt mit einem Defect der drei ulnaren Finger, mit einem Fingerdefect auf der linken Seite und einer Verkürzung der Femurknochen.

Weitere Fälle zeigten einen partiellen Tibiadefect, einen Defect beider Tibiae, combinirt mit excessiver Polydactylie, einem Femur- und Fibuladefect, einem Defect beider Arme, des linken Femur und der linken Fibula.

Eine weitere Beobachtung von Spalthand bei einem neugeborenen Mädchen mit Fehlen des dritten Fingers resp. Metacarpus und Bildung einer tiefen Lücke zwischen Zeige- und Ringfinger bis zur Handwurzel ist bemerkenswerth durch den Nachweis einer Reihe von Handverbildungen bei den Angehörigen des Kindes. Es folgen drei Fälle von Syndactylie, in der einen Beobachtung combinirt mit Defect des Femur. Ein weiterer 62 jähriger Patient hatte (wie ein grosser Theil seiner Verwandten) an allen Fingern nur zwei Phalangen, ein 21 jähriger Arbeiter eine abnorme Kürze der fibularen Metatarsi. Zwei Fälle von Pollex bifidus resp. Digitus minimus pedis bifidus schliessen die interessante Casuistik.

v. Winckel (2) liefert einen Beitrag zur Frage der Bedeutung mechanischer Momente bei der Entstehung der angeborenen Missbildungen.

In der ersten mitgetheilten Beobachtung handelte es sich um ein Kind mit einer Verunstaltung beider Füsse, welche v. Winckel mit einer Verbildung des Uterus der Mutter in Zusammenhang bringt. Es zeigten sich an beiden Füssen zwei fast genau symmetrische Anomalien, darin bestehend, dass zunächst der ganze Fuss um seine Längsachse mit der tibialen Kante nach oben, der fibularen nach unten gedreht war, und dass zweitens der Vorderfuss gegen den metatarsalen Theil noch mehr abgeknickt und plantarwärts noch mehr gedreht war. Ausserdem zeigte der linke Fuss eine Ueberschiebung der ganzen kleinen Zehe nach dem Fussrücken auf die vierte Zehe. Bei der Mutter handelte es sich um einen Uterus bicornis bicollis mit Vagina septa. Die Frucht hatte sich im dem linken Horn entwickelt. Der Fall lag noch besonders ungünstig für die Frucht dadurch, dass ein eigentlicher Fundus

fehlte, die Höhle nach oben hin an Breite und Dicke abnahm und ausserdem noch so seitlich verschoben war, dass auch dadurch noch eine Raumbeengung für die Frucht entstehen musste. War es doch trotz aller Versuche bei der Expression der Placenta nicht möglich, das eine Horn des Uterus soweit zu erheben, dass ein Druck auf sein oberes Ende bis in die Beckenachse sich fortpflanzte. Es unterliegt demnach nach v. W. keinem Zweifel, dass der beiderseitige Pes varus der spindelförmigen Beschaffenheit des stark nach links gerichteten linken Uterushornes seine Entstehung verdankte.

In dem zweiten Falle handelte es sich bei der Entstehung der Verbildung um ein amnio-amniotisches Band im Gegensatz zu den häufigeren amniofötalen oder föto-fötalen Bändern. Es entsprang mit sehr breiter Basis, fast die ganze Länge der fötalen Placentarfläche nicht weit von der Nabelschnur überziehend, als eine Membran, bildete eine 8-förmige Schlinge, in deren einer Oeffnung der linke Oberarm fest eingeschnürt war, in deren anderen die Nabelschnur verlief, und ging dann sich wieder verbreiternd in das Amnion jenseits des Randes der Placenta über. Ausserdem befand sich an der Spitze des linken Zeigefingers ein 3—4 cm langer, 1 cm breiter abgerissener amniotischer Faden. Das Interessante an diesem Falle ist, dass er uns klar zeigt, auf welche Weise eine intrauterine Amputation zu Stande kommen kann. An dem Oberarm wirkte der gedrehte straffe Theil der Schlinge geradezu als Kettensäge. Ausserdem zeigte die aussergewöhnliche Umschlingung der Extremität und der Nabelschnur, dass der Fötus durch die Schlinge geschlüpft, also diese recht gross gewesen muss. Offenbar war dazu eine nicht unbeträchtliche Menge Fruchtwasser nothwendig. Für am meisten bemerkenswerth hält indess v. Winckel, dass es sich offenbar um eine Hyperplasie des Amnion handelte, welche dem Fötus eine Schlinge legte und ausser der drohenden Amputation des linken Oberarmes — die Weichtheile des Vorderarmes waren stark geschwollen — seine Nabelschnur comprimirte und dadurch seinen Tod herbeiführte.

In einem weiteren Abschnitt führt v. Winckel den Nachweis, dass die sog. Agnathie keine Agnathie, sondern eine Druckatrophie des Unterkiefers, der Kau- und Schlingwerkzeuge darstellt, wahrscheinlich ebenfalls auf amniotische Bänder zurückzuführen.

Endlich handelt es sich bei dem an letzter Stelle beschriebenen Neugeborenen um eine angeborene Einschnürung des Penis, combinirt mit Atresia ani.

Hlawacek (4) bespricht zunächst zwei Fälle von totalem Radiusdefect. In einer weiteren Beobachtung handelte es sich bei einem 14jähr. Mädchen um eine rechtsseitige angeborene Hypoplasie des Oberschenkels. Die Deformität betraf den centralen proximalsten Femurantheil. Während sämmtliche andere Gelenke der Extremität, Zehen, Sprunggelenke, Kniegelenke, in nach aufwärts abnehmendem Maasse normal in Bau und Functionsfähigkeit angelegt waren, fehlte die gelenkige Verbindung zwischen Femur und Becken. Das Femurrudiment konnte gegenüber dem Hüftbein sowohl von oben nach unten, als auch in tangentialer Richtung in grossem Umfange bewegt werden. Endlich setzte sich bei einem 15jährigen Mädchen an den normalen Oberarm ein rudimentärer Vorderarm mit zwei Knochenrudimenten an, der wiederum eine nur aus Weichtheilen bestehende Handandeutung mit fünf Fingern trug. Der Radius stand zur Ulna pronirt, überkreuzte dieselbe an ihrer radialen Seite und wies an der Kreuzungsstelle keine fixe Verbindung mit der Ulna auf, so dass eine Zunahme der Pronationsstellung ermöglicht, und dadurch ein Gegenstand zwischen vorderem Radiusantheil und dem Hautwulst, welcher die an dem ulnaren Vorderarmtheil vorhandene Umschnürungsfurche überragte, eingeklemmt werden konnte.

In Joachimsthal's (5) Beobachtung handelte es sich bei einem 11jähr. Mädchen um eine Combination von Defectbildungen der rechten Thoraxhälfte und der entsprechenden Hand.

Die rechtsseitige Brustwandhälfte zeigt eine starke Depression, die theilweise in einer Abflachung und Einsenkung der Rippen, theilweise in einem Mangel der ganzen Sternocostalportion des M. pectoralis major ihren Grund hat. Der Claviculartheil dieses Muskels ist vorhanden, der Deltoides deutlich hypertrophisch. Bemerkenswerth ist das Fehlen wesentlicher Störungen in den Bewegungen des afficirten Armes.

Als überaus verbildet erweist sich die rechte Hand, deren Aufbau an einem Röntgenbilde erläutert wird.

An den Carpus schliesst sich eine Mittelhand, in der nur drei annähernd normal entwickelte Metacarpi, und zwar der 1., 4. und 5. nachweisbar sind. Zwischen dem 1. und 4. spannt sich eine dehnbare schwimmhautähnliche Falte, in welcher noch Rudimente zweier weiterer Metacarpalknochen vorhanden sind. Indem dann nur die vollkommener ausgebildeten Metacarpi in Finger übergehen, zeigen sich an der verbildeten Hand 3 Finger, nämlich Daumen, Ring- und kleiner Finger; die beiden letzteren sind durch Syndactylie mit einander verbunden.

II. Krankheiten der Gelenke.

A. Luxationen, Distorsionen etc.

Allgemeines. 1) Stetter, Compendium der Lehre von den frischen traumatischen Luxationen 4. Aufl. Berlin. — 2) Göschel, Ueber traumatische Luxationen der unteren Extremität. Münch. Wochenschr. No. 8. S. 418. (Bericht über 11 Luxationen im Hüftgelenk [4 Luxationes ischiadicae, 3 iliacae, 2 pubicae, 1 obturatoria und 1 perinealis], 2 Kniegelenksverrenkungen, bei denen die Tibia einmal nach aussen und hinten, einmal nach innen und vorn luxirt war, 1 Luxation des Fusses nach hinten, 3 isolirte Luxationen des Talus und eine zweifelhafte Luxation des 3. Keilbeins.) — 3) Reerink, H., Zur operativen Behandlung irreponibler Luxationen. Bruns' Beitr. Bd. 15. S. 375.

Wirbelsäule. 4) Müller, Zwei Halswirbelluxationen durch Muskelzug. Militärärztl. Zeitschrift. Heft 12. S. 513. (Beide Fälle wurden durch Zurückwerfen des Kopfes bei plötzlichem Stillstehen des schnellbewegten Körpers hervorgerufen. In dem 1. Falle entstand eine Rotationsluxation des 4. Halswirbels nach rechts, in dem 2. Falle eine unvollkommene Luxation des 2. auf den 3. Halswirbel. Im ersten Falle gelang die Einrichtung ohne Narcose.)

Acromio-Claviculargelenk. 5) O'Conor, J., Displacement of scapula from clavicle; operation; recovery. Brit. Journ. Aug. 29. p. 508. (O'C. vollführte in einem Falle von Luxatio claviculae acromialis, in dem die Reposition nicht gelang, die Resection der beiden Gelenkflächen und nähte die Knochen danach aneinander.)

Schultergelenk. 6) Albespy, Luxation de l'épaule. Réduction par le procédé du talon. Bull. génér. de thérap. CXXX. p. 181. (A. redet der alten Hebelmethode mit Benutzung der Ferse das Wort.) — 7) Ward, J. M., An easy method for reducing dislocation of the humerus in any variety of that dislocation. Med. Record. January 11. p. 48. (W. hat sich bei einer Anzahl von Schultergelenksverrenkungen des folgenden Repositionsverfahrens bedient. Während der Patient die Rückenlage einnimmt, wird der Arm in der Richtung der Längsachse des Körpers erhoben und von

einem Assistenten fixirt, während W. mit der einen Hand die Schulter festhält, mit der anderen von der Achselhöhle aus den Kopf durch directen Druck reponirt.) — 8) Walker, H. D., Subcoracoid dislocation of the humerus in a man ninety-two years of age — reduction with perfect recovery. Med. News. Sept. 26. p. 553. (Nachdem das Kocher'sche Repositionsverfahren bei einem 92jähr. Manne mit Luxatio subcoracoidea nicht zum Ziele geführt hatte, was W. auf die infolge der Altersdegeneration nur in ungenügendem Maasse mögliche Aussenrotation zurückführt, gelang die Reposition des Humerus durch Extension des Armes und Zug an einem um die Axilla geschlungenen Handtuche.) — 9) Krämer, Carlos, Ueber einen Fall von Aneurysma axillare nach Schulterluxation. Württemb. Correspondenzblatt. No. 12. S. 90. (Es handelt sich um eine gewöhnliche, leicht reponirte Luxatio subcoracoidea bei einem 28jähr. Manne. Von der 2. Woche an wurden passive Bewegungen vorgenommen. Etwa in der 2. bis 3. Woche zeigten sich die Zeichen einer Verletzung der Arteria axillaris, und bildete sich ein Aneurysma, das anfangs recht langsam wuchs, so dass es erst in der 8. bis 9. Woche unangenehme Erscheinungen machte [Schmerzen, Schwellung des Armes]. In der 11. Woche trat rasche Vergrösserung ein; es drohte Perforation, so dass die Unterbindung der Subclavia nöthig wurde. Danach erfolgte 1. Gangrän eines fünfmarkstückgrossen Hautstücks in der Axilla an der drohenden Perforationsstelle, Entleerung massenhafter Blutgerinnsel und Verschwinden der ganzen Geschwulst in nicht ganz 3 Wochen, 2. combinirte Nervenlähmung des linken Armes mit theilweiser Rückbildung.)

Hüftgelenk. 10) Kofend, Adolf, Zur Casuistik der beiderseitigen traumatischen Hüftgelenksluxationen. Wien. klin. Wochenschr. No. 34. (K. beobachtete bei einem an Kiefercarcinom erkrankten Patienten neben einer schlecht geheilten Tibiafractur eine vor 13 Jahren entstandene doppelseitige Hüftverrenkung. Die Verletzung war entstanden, als Patient einen Leiterwagen im Fallen aufzuhalten suchte, indem er sich mit beiden Händen gegen die Leiter desselben stemmte. Es handelte sich rechts um eine Luxatio iliaca, links um eine Luxatio obturatoria.) — 11) Dupraz, A. L., Des lésions vasculaires consécutives aux luxations de la hanche. Revue méd. de la Suisse romande. No. 4. p. 169. (Luxatio infrapubica mit Thrombose der Vena femoralis und Lungenembolie. Heilung.) — 12) Delorme, Sur un cas de luxation ischiatique ancienne et irréductible; excision de la tête fémorale; remarques sur une cause d'irréductibilité de ces luxations. Bull. de Chir. Séance du 6. mai. p. 367. (Bei einer seit mehr als $4\frac{1}{2}$ Monaten bestehenden Luxatio ischiadica vollführte D. nach vergeblichen Repositionsversuchen nach dem Vorgehen von Ricard die Resection des Kopfes und die Wiederherstellung der Pfanne durch Entfernung der sie erfüllenden bindegewebigen Massen. Die Reduction gelang erst nach Durchmeisselung einer Knochenbrücke von der Dicke eines Daumens, die die Basis des Schenkelhalses mit dem unteren Pfannenrand verband. Am folgenden Tage Exitus.) — 13) Delanglade, Ed., De la luxation congénitale du fémur. Paris. — 14) Lorenz, Adolf, Ueber die unblutig-chirurgische Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung mittels der functionellen Belastungsmethode. Samml. klin. Vorträge. No. 151 u. 152. — 15) Paci, Agostino, Zur Lorenz'schen Methode der unblutigen Behandlung der angeborenen Hüftgelenksluxation. Wien. klin. Wchschr. No. 26. — 16) Lorenz, Adolf, Zur Priorität der unblutigen Reposition der angeborenen Hüftverrenkung. Ebendas. No. 29. — 17) Paci, Schlusswort zu meiner Discussion mit Herrn Prof. Lorenz. Ebendas. No. 33. — 18) Lorenz, Adolf, Ueber die Stellung der functionellen Methode der Belastung des eingerenkten Schenkelkopfes mit dem Körpergewicht zu den anderen unblutigen Behandlungsmethoden der angeborenen Hüftgelenksverrenkung. Ebendas. No. 36. — 19) Derselbe, Heilung der angeborenen Hüftluxation durch unblutige Einrenkung und functionelle Belastung. Verhandl. der Deutschen Gesellsch. f. Chir. S. 57. — 20) Paci, Agostino, Della lussazione iliaca commune congenita del femore e della sua cura razionale incruenta. Archivio di ortopedia. XIII. No. 5 u. 6. — 21) Dolega, Max, Zur orthopädischen Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung. Langenb. Arch. Bd. 53. H. 2. — 22) Kümmel, Unblutige Lorenz'sche Reposition der angeborenen Hüftluxation. Deutsche Wochschr. No. 31. S. 216. (K. hat die Lorenz'sche Reposition bisher in 8 Fällen, darunter auch bei einem 10jährig. Mädchen m. Erfolg vollführt.) — 23) Wolff, J., Zur weiteren Verwerthung der Röntgenbilder in der Chirurgie. Ebendas. No. 40. — 24) Hoffa, Albert, Zur unblutigen Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkungen. Langenb. Arch. Bd. 53. H. 3. (H. empfiehlt zur unblutigen Behandlung der angeborenen Hüftluxation ein combinirtes Verfahren. Zunächst wird in Narcose in der von Lorenz beschriebenen Weise die Reposition vollführt. Ist der Gelenkkopf in die Pfanne eingeschnappt, so stellt H. nicht wie Lorenz das Bein in Abduction und Aussenrotation, sondern in Abduction und Innenrotation. Er sucht dadurch eine Transposition des Kopfes nach vorne zu vermeiden. Nach Verlauf mehrerer Wochen wird der Gipsverband entfernt und die erzielte Stellung dadurch festgehalten, dass die Kinder für längere oder kürzere Zeit während des Tages und der Nacht in den Mikulicz'schen Apparat (cf. Jahresber. 1894. II. S. 357) gelagert werden. H. hat diesen letzteren in der Art modificirt, dass man die Beine leicht in Abduction und Innenrotation festhalten kann.) — 25) Smith, Noble, Congenital dislocation of the hips. Brit. Journ. Dec. 12. p. 1707. — 26) Kirmisson, Traitement des luxations congénitales de la hanche. Bull. de Chir. Séance du 15. et du 22. avril. p. 331. (K., der selbst die blutige Reposition der angeborenen Hüftverrenkung 17 mal zur Ausführung gebracht und dabei zwei Todesfälle erlebt hat, verweist auf die mit der Operation verbundene Gefahr und die Unsicherheit des Erfolges, wenngleich er sich durch beide Momente nicht davon abbringen lassen wird, die Operation in geeigneten Fällen wiederum zur Ausführung zu bringen. Wegen der schlechten Erfolge gerade im frühesten Alter räth er dazu, die blutige Einrenkung nicht vor dem 4. oder 5. Lebensjahre zur Anwendung zu bringen. In der sich an K.'s Vortrag anschliessenden Discussion hält Félizet die Dauererfolge für noch zu wenig sicher, um vor der Hand die blutige Operation empfehlen zu können.) — 27) Broca, A., La luxation congénitale de la hanche et son traitement. Ibid. Séance du 1. avril. p. 295. — 28) Bradford, Edwin H., Lorenz's operation in congenital dislocation of the hip. Boston Journ. No. 9. p. 205. (B. hat das von Lorenz geübte operative Verfahren 3 mal mit gutem Erfolge geübt, während die Resultate bei Hoffa's Verfahren, das 11 mal in Anwendung gezogen wurde, mangelhaft waren.) — 29) Whitman, Royal, The treatment of congenital dislocation of the hip. Med. Record. September 12. p. 361. (Vorzügliches Resultat einer blutigen Reposition nach Lorenz.) — 30) Lannelongue, Sur la nature et la pathogénie des malformations de la hanche. Luxations congénitales des auteurs. Gaz. hebdom. No. 21. p. 243.

Kniegelenk. 31) Page, Frederick, Two cases of lateral dislocation of the left knee-joint. Lancet. Octob. 3. p. 938. (In dem einen Falle zog sich der Patient die Luxation dadurch zu, dass er vom Pferde fiel und von dem im Kreise laufenden Pferde mitgeschleift wurde, während sein linker Fuss noch im Steigbügel hing. Das zweite Mal kam die Verletzung dadurch zu Stande, dass auf das linke Knie des in geduckter Stellung stehenden Patienten ein schwerer Gegenstand fiel. Der Tibiakopf wurde dabei nach

hinten und aussen luxirt, und der ganze Unterschenkel nach aussen rotirt. Die Reposition gelang in beiden Fällen leicht; die Heilung ging glatt von statten.) — 32) Bradford, E. H., Slipping patella. Boston Journ. February 20. p. 186. — 33) Link, Ignaz, Ein Fall von Verticalluxation der Kniescheibe. (Verticalluxation der Kniescheibe durch Anschlagen derselben an ein eisernes Bettgestell. Die vordere Fläche der Patella war nach aussen, die untere facettirte nach innen gekehrt. Die Reposition gelang in Chloroformnarcose leicht durch mässigen Druck auf die vordere Kniescheibenfläche in der Richtung ihres inneren Randes. Trotz eines mässigen Ergusses ins Kniegelenk trat schon nach 10 Tagen vollkommene Restitutio ad integrum ein.) — 34) Thiem, Ein Fall von schnellendem Knie. Verhdl. d. Deutsch. Gesellsch. f. Chir. S. 39. (T. beobachtete an einem Patienten die Erscheinung des schnellenden oder federnden Knies, des „Genou à ressort“ der Franzosen, darin bestehend, dass der letzte Theil der Streckung, etwa zwischen 160° und 180°, mit einem federnden, gewaltsamen Ruck erfolgte, der das Bein und den ganzen Körper erschüttern machte. Das Federn trat nur beim Gehen auf, und zwar nur in dem Moment, wo die Körperlast allein auf dem kranken Bein ruhte. Dem Patienten war vor $1\frac{1}{2}$ Jahren ein schwerer Holzklotz gegen den linken Unterschenkel geflogen, wodurch ein Spiralbruch mit starker Drehung des unteren Bruchstückes nach innen erfolgt war. T. ist der Ansicht, dass bei dem Unfall neben dem Unterschenkelbruch noch eine Zerreissung des hinteren Kreuzbandes im Kniegelenk erfolgt ist.) — 35) Pagenstecher, E., Irreponible Luxation im Kniegelenk. Bruns' Beitr. Bd. 14. H. 3. (Bei dem 25jährig. Kranken, über den P. berichtet, bestand eine irreponible Luxation im Kniegelenk. Der Unterschenkel war nach hinten völlig dislocirt und nach aussen so stark abducirt, dass er mit dem Oberschenkel einen rechten Winkel bildete. Die Patella stand auf dem äusseren Condylus femoris. Bei der operativen Eröffnung des Gelenks durch Garrè ergab sich Folgendes. Auf der inneren Seite und in dem inneren Theil der Rückseite war die Capsel gerissen, entsprechend der abnormen Valgusstellung und zwar doppelt, einmal schräg über den Condylus und einmal mehr parallel der Gelenklinie. Dadurch wurde ein Strang aus der Capsel herausgerissen. Da dieser hinten an der Tibia fixirt, und vorn sein breiter Ansatz erhalten war, wurde er von der Patella, welche auf den äusseren Condylus luxirt wurde, mitgezogen, glitt offenbar unter starker Anspannung über den Condylus externus herüber und legte sich fest in die Fossa intercondylica ein. Umgekehrt nun wieder verhakte sich an ihn der Condylus und so wurde die Luxation irreponibel.) — 36) Brun, Luxation irréductible de la rotule. Bull. de Chir. Séance du 11. mars. p. 237. (Die Luxation der Patella bestand seit 4 Jahren; ihre vordere Fläche war nach aussen, der Innenrand nach vorn gerichtet. Nach Eröffnung des Gelenkes und Reposition der Kniescheibe excidirte B. zur Sicherung der Reduction einen Theil aus der Capsel an der medialen Seite der Patella.) — 37) Rouville, de, De l'hémarthrose traumatique du genou. Nouv. Montpell. méd. No. 10. p. 186.

Fussgelenk. 38) Hoffa, Albert, Zur Behandlung der Distorsion im Fussgelenk. Münch. Wochschr. No. 10. — 39) Baumgarten, Oswald, Die Luxationen des Talus. Inaug.-Dissert. Halle. — 40) Pieper, Luxation der linken Ossa navicular. und des cuneiforme prim. Milit.-ärztl. Zeitschr. No. 6. S. 259. (P.'s Pat. acquirirte eine Luxation des linken Os naviculare und Os cuneiforme primum nach oben und innen dadurch, dass er auf den linken Fuss und sodann auf die rechte Seite fiel. Der Fuss stand gestreckt in Abductionsstellung und machte den Eindruck eines Plattfusses. Von der inneren Seite gesehen, erschien aber das Fussgewölbe völlig erhalten und die Hervorwölbung auf die obere innere Seite beschränkt. 16 Tage nach der Verletzung wurde in Narcose der Fuss stark nach aussen gebogen, sodass die Fusswurzelknochen an der Innenseite möglichst auseinanderwichen; dann wurden durch Anpressen der ausgewichenen Knochen gegen das Knie des Operateurs dieselben gewaltsam zurückgedrängt. Es gelang dies unter Knorpelreibegeräusch. Die zurückgepressten Knochen sprangen aber, wahrscheinlich in Folge einer Zwischenlagerung von Capsel- oder Bändertheilen wieder vor, sobald der Druck nachliess. Der Fuss wurde vorübergehend in Varusstellung fixirt. Die Hervorwölbung war danach etwa um ein Viertel verringert; der Fuss konnte nach allen Richtungen bewegt werden; wesentliche Functionsstörungen bestanden nicht.) — 41) Bolten, Joseph Shaw, Two cases of simple dislocation of the ankle joint. Lancet. Dec. 19. p. 1753. (B. theilt zwei Fälle von Luxation des Fusses nach hinten und innen ohne gleichzeitige Fractur des Malleolus mit.)

Zehengelenke. 42) Amat, Charles, Luxation métatarso-phalangienne du gros orteil compliquée de plaie avec issue de la tête du métatarsien. Gaz. de Paris. No. 7. p. 71.

Reerink (3) berichtet zunächst über zwei irreponible operativ behandelte Schultergelenksluxationen aus der Freiburger chirurgischen Klinik.

In dem ersten Fall gelang es 7 Wochen nach erlittenem Unfalle nach einem Schnitt wie zur Resection des Schultergelenks — die Kapsel zeigte sich an ihrer vorderen unteren Seite defect — und Durchtrennung der den Kopf einfesselnden bindegewebigen Narbenmassen, diesen durch Extension und Rotationsbewegungen nach aussen beweglich zu bekommen, so dass er nach wiederholten Rotationsmanövern, verbunden mit directem Druck auf den Kopf, in seine Gelenkpfanne zurückgebracht werden konnte. Der Pat. ging 14 Tage später an Miliartuberculose zu Grunde. In dem zweiten Fall bestand die Luxatio subcoracoidea seit 6 Wochen. Die Bicepssehne erwies sich nach Durchtrennung des M. deltoideus an seinem medialen Rande intact und konnte mit stumpfen Haken nach aussen gezogen werden. Ein weiterer Schnitt legte die alte Gelenkkapsel frei, welche an ihrem vorderen lateralen Rande einen queren Riss zeigte, der sich in seiner ganzen Ausdehnung nicht mehr verfolgen liess. Es liess sich nur noch feststellen, dass die alte Pfanne mit Kapselresten erfüllt war, die mit dem Messer entfernt wurden. Die von dauernd gutem Erfolge begleitete Reposition gelang hierauf leicht durch Extension und Aussenrotation mit sofort folgender Rotation nach innen.

Am Hüftgelenk erwies sich einmal wegen einer Luxatio iliaca inveterata (seit 3 Wochen bestehend), verbunden mit einer Fractura acetabuli comminutiva ein operativer Eingriff als nothwendig.

Zwischen der Pfanne und dem Schenkelkopf lag zunächst interponirt ein noch am Periost festhängendes Knochenfragment, welches vermittelst einer Kornzange leicht entfernt wurde. Der hiernach durch Extension, Abduction und Aussenrotation gemachte Repositionsversuch war ohne Erfolg. Man vollführte daher die Freilegung des Trochanters von den an ihn ansetzenden und gespannten Sehnen. Nach subperiostaler Abtrennung derselben und Entfernung von drei weiteren Knochenfragmenten gelang endlich die Reposition durch forcirte Extension, abwechselnde Innen- und Aussenrotation, sowie directen Druck auf den nunmehr ganz blossgelegten Kopf. Später mussten noch zu wiederholten Malen necrotische Knochenstückchen entfernt werden; es kam zu einer vollständigen Ankylose im Hüftgelenk.

Am Ellbogengelenk wurde in der Freiburger Klinik zweimal wegen irreponibler Luxationen operirt.

Bei einer Luxation beider Vorderarmknochen nach hinten und in der Richtung nach aussen musste, da Repositionsversuche verschiedenster Art nicht zum Ziele führten, kurze Zeit nach dem Unfall durch einen Schnitt von ca. 8 cm in der Längsrichtung des Arms über der inneren Kante der Trochlea das Gelenk eröffnet werden. Die Gelenkkapsel war in ihrer vorderen Peripherie unmittelbar am Humerus abgerissen. Der Humerus war vor die Kapsel getreten, die sich nun vom Epicondylus externus her hinter der Trochlea über die Fossa sigmoidea minor gespannt hatte und so ein unüberwindliches Hinderniss für die Reposition bildete. Mit einer Pincette wurde der Rand der Kapsel gefasst und über den Epicondylus externus herübergezogen, hierauf mittelst eines Raspatoriums die Gelenkkapsel auf die Trochlea herangehebelt. Jetzt angestellte Repositionsversuche durch starken Zug bei Hyperextension blieben trotzdem erfolglos. Es wurde daher während des Repositionsmanövers das Raspatorium gegen den Proc. coronoideus gestemmt, um durch hebelndes Anstemmen gegen die Trochlea als Hypomochlion die Reposition zu ermöglichen, die nun auch sofort gelang. Der Arm erwies sich später als ganz normal.

Bei einer 8 Tage nach der Verletzung vollführten Freilegung eines irreponibel verrenkten Radiusköpfchens bei einem 8jährigen Knaben ergaben sich als leicht zu beseitigendes Hinderniss interponirte Kapsel- und Muskeltheile. Der Erfolg war ausgezeichnet.

Endlich erwiesen sich bei einer Daumenluxation interponirt und somit als Repositionshinderniss der abgerissene Kapseltheil nebst Sesambein sowie die Sehne des M. flexor pollicis longus.

Die letztere verlief in der Weise, dass sie, am unteren Drittel des Metacarpus sich medial wendend, das Capitulum ossis metacarpi umschlang, an dessen dorsaler Seite einherzog, um sodann an der lateralen volaren Seite der 1. Phalanx wieder zum Vorschein zu kommen. Nach Hervorziehen der Sehne sowie des interponirten Kapseltheiles mit der Pincette gelang die Einrichtung noch nicht, vielmehr erst, nachdem man am Köpfchen des Os metacarpi I den Kapselriss durch einen queren Schnitt noch ein wenig erweitert hatte. Das Resultat war gut.

Lorenz (14) lässt seiner früheren vorläufigen Mittheilung über die unblutige Behandlung der angeborenen Hüftluxation ausführlichere Details über seine bisher in 30 Fällen ohne einen einzigen Misserfolg in Anwendung gebrachtes Verfahren folgen (cf. Jahresber. 1895. II. S. 290).

Der Indication der Herabholung des Schenkelkopfes in das Pfannenniveau (Reduction) wird durch manuelle oder instrumentelle Schraubenextension in Narcose des Patienten entsprochen. Die Eintreibung des Schenkelkopfes in die Pfannentasche (Reposition), welche sich unter dem acustischen Phänomen eines schnalzenden Geräusches und dem palpatorischen Phänomen einer ruckweisen Erschütterung des Körpers vollzieht, wird bei starker Beugung der Extremität (behufs Entspannung der Vorderkapsel und besserer Zugänglichmachung der Pfannentasche) durch kräftigen, medial gerichteten Antrieb des rechtwinklig abducirten Oberschenkels erzwungen, wobei der Schenkelkopf behufs Zuwendung seines Poles gegen den Eingang der Pfannentasche frontal einzustellen ist. Die Stabilität der Reposition erfordert wegen des Grössenmissverhältnisses zwischen Kopf und Pfanne und wegen der reducirten Entwickelung der Ränder der letzteren zunächst die Beibehaltung eines rechtwinkligen oder diesem doch mehr oder weniger nahestehenden Abductionsgrades. Die Pfannenbildung ist zum Theil eine unmittelbare und geschieht durch Ausweitung und Dehnung der vorderen fibrösen Wand der Pfannentasche auf dem Wege kräftiger Auswärtsrollung und Ueberstreckung der Extremität nach schon vollzogener Reposition des Schenkelkopfes. Die mittelbare Pfannenbildung durch Ausweitung des knöchernen Pfannenlagers geschieht ohne directes manuelles Zuthun zunächst auf dem Wege der Anpressung des Schenkelkopfes gegen das Pfannenlager durch die Anspannung der verkürzten Weichtheile, deren Elasticität durch die Herabholung und Reposition des Schenkelkopfes geweckt wurde; ferner durch die functionelle Belastung des eingerenkten Schenkelkopfes, welcher dadurch in seiner Lage gesichert wird und durch sein andauerndes Verhalten in der Pfanne das Wachsthum derselben im Sinne ihrer Ausgestaltung zu einem passenden knöchernen Gehäuse bestimmt. Die allmälige Correctur des stark abducirten Beines zu einer die Function bequem ermöglichenden Streckhaltung geschieht nach Massgabe der im Laufe der Zeit vermehrten Stabilität der Einrenkung unter vorsichtigster Controle derselben in angemessenen Etappen oder Fixationsperioden. Noch vor Erreichung der indifferenten Streckhaltung beginnt die Nachbehandlung mittels activer Abductionsgymnastik und Massage unter vorläufiger Wahrung einer habituellen Abductionslage des eingerenkten Beines durch entsprechende Sohleneinlage unter dem gesunden Fusse bei voller Freiheit des Patienten, also ohne Anwendung irgend eines Apparates. Im Allgemeinen gesprochen, können nach den bisherigen Erfahrungen nur Kinder im Alter bis zu 5, höchstens 6 Jahren Erfolg versprechende Objecte der chirurgischen unblutigen Behandlung abgeben.

J. Wolff (23) hat bei 16 Kranken mit angeborener Hüftverrenkung und zwar bei 9 Kranken mit einfacher und bei 7 Kranken mit doppelseitiger Verrenkung, also im ganzen 23 mal die unblutige Einrenkung versucht. 21 mal ist ihm die Einrenkung gelungen, und zwar 16 mal gleich beim ersten, 5 mal erst beim wiederholten Versuch. Zweimal ist die Einrenkung bisher nicht gelungen, und zwar einmal bei einem 14jährigen Mädchen mit einseitiger Verrenkung. Das zweite Mal handelte es sich um ein $7^{3}/_{4}$jähriges Mädchen mit doppelseitiger Verrenkung. Hier ist W. die Einrenkung rechterseits gelungen, während dies bisher linkerseits noch nicht der Fall ist. Die 21 Fälle von vollkommen gelungener Einrenkung betreffen einmal ein Mädchen von 9 und einmal ein solches von nahezu 8 Jahren. Die Einrenkung ist also weit über die von Lorenz ursprünglich vermuthete Altersgrenze hinaus anwendbar.

W. weist auf den hohen Werth der Röntgenbilder für die Beurtheilung und Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung hin. Bilder des normalen kindlichen Beckens und der Hüftgelenke zeigen mit grosser Schärfe die Umrisse des Os ilium, ischii und pubis, den hinteren Theil des Y-förmigen Knorpels vom hinteren Rande des Acetabulum über

die Incisura ischiadica major hinweg zum Anfangstheil der Linea arcuata interna am Os pubis, das Caput femoris mit seinem Epiphysenknorpel, das Collum femoris, den zum Theil noch knorpligen Trochanter major, den Trochanter minor, die Femurdiaphyse mit ihrer nach unten hin immer dicker werdenden Corticalis, das Foramen obturatum, das Os sacrum und die Foramina sacralia posteriora. In gleich scharfer Weise treten, wie dies W. an Abbildungen zeigt, bei der angeborenen Verrenkung der Hüfte die einschlägigen Verhältnisse hervor. Es markiren sich der aus dem Pfannenniveau nach oben auf das Darmbein verschobene Kopf, die Verhältnisse des oberen Femurendes, das Acetabulum, und so verschafft die Durchstrahlung in denjenigen Fällen, in denen, wie es vorkommen kann, die Diagnose der angeborenen Hüftverrenkung einem Zweifel unterliegt, die gewünschte Aufklärung. Man lernt weiterhin die in den Verschiedenheiten der anatomischen Verhältnisse der einzelnen Fälle des Leidens liegenden Ursachen der grösseren oder geringeren Schwierigkeiten oder auch wohl öfters der Unmöglichkeit einer Einrenkung kennen. Noch wichtiger aber werden die Aufschlüsse sein, welche man über die späteren Schicksale der eingerenkten Gelenke erhalten wird. Nach blutiger und unblutiger Einrenkung rutscht der Kopf leicht wieder aus der Pfanne heraus, und da zunächst beide Verfahren zu Bewegungsbeschränkungen in dem neuen Gelenke führen, so ist es nicht immer leicht, zu wissen, ob der Kopf noch genau an seiner richtigen Stelle sitzt oder neben dieser Stelle. Die volle Sicherheit wird hierbei alsdann durch die Durchstrahlung gewonnen werden. Man wird dabei zugleich die Hauptsache des Wissenswerthen durch wiederholte Durchstrahlung eines und desselben Operirten erfahren, ob nämlich in der That die Transformationen der Knochen an der Stelle des Gelenks, die Vertiefung der Pfanne und die Congruenz zwischen Kopf und Pfanne in der von Hoffa, Lorenz und Wolff vermutheten Weise vor sich gehen, und ob die Congruenz ebenso durch das unblutige Verfahren, bei welchem man ganz und gar auf diese Transformationen angewiesen ist, erreichbar ist, wie durch das blutige, bei dem man diesen Transformationen auf operativem Wege vorgearbeitet hat.

Hoffa (33) empfiehlt für die Behandlung der Distorsion im Fussgelenk einen ursprünglich von E. Cotterell in London herstammenden Heftpflasterverband.

Handelt es sich um eine schwere Distorsion mit Zerreissung der Bänder an der äusseren Seite des Gelenkes, so wird der Verband, wenn der Patient alsbald nach geschehener Verletzung in die Behandlung kommt, sofort angelegt. Ist dagegen schon längere Zeit nach dem Unfall verstrichen, und dann, wie gewöhnlich, eine stärkere Schwellung vorhanden, so wird erst vorher für 24 Stunden der mit einer Gummibinde umwickelte Fuss hochgelagert.

Zur Anlegung des Verbandes bedient man sich des gut klebenden, als Mead's adhesive plaster bekannten, amerikanischen Heftpflasters. Man schneidet sich von demselben zweierlei Streifen, längere und kürzere, indem man das Maass für die längeren so bestimmt, dass man eine Schnur von der Grenze des mittleren und oberen Drittels des Unterschenkels aus, an der Aussenseite desselben herab und über die Fusssohle auf den Fussrücken bis zur Höhe des gegenständigen Knöchels hinführt. Das Maass für die kürzeren Streifen nimmt man ebenfalls mit der Schnur, indem man dieselbe von der Basis der kleinen Zehe längs des äusseren Fussrandes bis zur Basis der grossen Zehe verlaufen lässt.

Während ein Gehülfe dann den Fuss in genau rechtwinkliger Beugestellung hält, klebt man den ersten langen Streifen entsprechend der Tibiakante an der Grenze des oberen und mittleren Drittels des Unterschenkels an. Der Patient selbst drückt mit seinen Fingern den Streifen fest an. Der Arzt spannt denselben, führt ihn längs der Tikiakante gerade herunter, legt ihn steigbügelartig um die Fusssohle herum und klebt sein Ende auf der inneren Seite des Fussrückens in der Höhe des Malleolus internus und fingerbreit vor demselben entprechend etwa der Sehne des Extensor hallucis longus an. Der Streifen muss straff angespannt sein, wenn er richtig liegen soll. Dieser erste lange Streifen wird nun am Fuss durch den ersten kurzen Streifen fixirt. Dieser letztere wird am äusseren Fussrande, an der Basis der kleinen Zehe beginnend, angeklebt, um die Hacke herum und bis zur Basis der grossen Zehe hingeführt und fest angeklebt. Liegen diese beiden ersten Streifen, so werden nun die übrigen ca. 10 langen und 10 kurzen Streifen den beiden ersten parallel so angelegt, dass sich die einzelnen Streifen stets dachziegelförmig zur Hälfte decken, so lange, bis die ganze Gegend des Malleolus externus bis zum Rand der Achillessehne mit dem Heftpflaster bedeckt ist.

Handelt es sich um eine Distorsion, bei der vorzüglich die inneren Bänder des Fussgelenks gelitten haben, so werden die Heftpflasterstreifen anstatt auf der äusseren, auf der inneren Seite angelegt, bis die Gegend des inneren Malleolus völlig bedeckt ist.

Liegen alle Streifen, so wickelt man über dieselben eine Cambricbinde und eventuell noch eine steife Gazebinde; die Patienten lernen in diesem Verband bald auch ohne Unterstützung ihren Berufsgeschäften nachzugehen.

Bei leichten Distorsionen genügt ein Verband, den man etwa 8 Tage lang liegen lässt, um dann noch für weitere 8 Tage täglich einmal den Unterschenkel zu massiren.

Bei schweren Distorsionen ist nach dieser Zeit noch ein zweiter Verband für weitere 8 bis 10 Tage und darauf noch eine Woche hindurch tägliche Massage nöthig. Einen dritten Verband anzulegen war H. noch nie genöthigt.

Nach Baumgarten's (39) Mittheilung vollführte v. Bramann in zwei Fällen die blutige Reposition des subcutan luxirten Sprungbeins.

In dem ersten Falle, bei einem 37jährigen Patienten, war der Talus nach vorn und innen luxirt, die Fibula in einem Winkel von 130° abgeknickt, die Tibia intact. Da die Redression des Fusses misslang, wurde in derselben Narcose die Freilegung des Knochens von einem in der Längsachse des Fusses über den vorstehenden Taluskopf hinziehenden 8 cm langen Schnitt in Angriff genommen. Da indess der Bruch am Malleolus externus bereits consolidirt war, wurde derselbe von einem kurzen Längsschnitt aus über dem unteren Ende der Fibula freigelegt und durchmeisselt. Doch auch jetzt war die Reposition unmöglich. Der Schnitt wurde nun über den Talus verlängert, um den Knochen, falls nöthig, von hier aus zu exstirpiren. Seine Gelenkflächen wurden freigemacht, wonach sich zeigte, dass er aus der Malleolengabel nach vorn gerückt, sich fast um 90° um seine Längsachse gedreht hatte, so dass seine Gelenkfläche nach oben sah. Der Knochen wurde daher weiter von seiner Umgebung gelöst, mit der Knochenfasszange gedreht, in seine normale Lage gedrängt, und

der Fuss reponirt. Ein Theil des Talus wurde necrotisch und musste später entfernt werden. Pat. konnte mit rechtwinklig zum Unterschenkel und in guter Stellung nahezu fixirtem Fuss 11 Monate nach der Verletzung entlassen werden.

In einem zweiten Falle bei einer 25jährigen Patientin wurde nach Eröffnung des Fussgelenks und Freilegung des nach innen und unten um seine horizontale und verticale Achse und nach aussen um seine sagittale Achse gedrehten Talus dieser Knochen reponirt und in der reponirten Stellung mit einigen durch Capsel und Bänder gelegten Nähten fixirt. Der Erfolg war ein guter.

[Rydygier, L., Ueber die Behandlung der angeborenen Verrenkung des Hüftgelenkes. Przegl. lekarski. No. 39 und 40.

Ausführlicher Vortrag über das Thema mit Zugrundelegung des Verfahrens nach Paci-Lorenz. Im Anschlusse hieran wird kurz erwähnt, dass die Reposition in einem Falle mit deutlich vernehmbarem Geräusch gelang. **Trzebicky** (Krakau).]

1) Berg, John, Ueber die moderne Behandlung der congenitalen Hüftluxation. (Svenska läkaresällskapets förhandlingar för den 20. Oktober 1896. S. 116 bis 118.) Hygiea. LVIII. 11.) — 2) Naumann, G., Luxatio iliaca coxae congenitalis bilateralis. Hoffa's Operation. Chirurgische Casuistik vom Lazarethe in Helsingborg. Hygiea. LVIII. 2. p. 153—155.

Alle die vier Operationen waren von Berg (1) nach der Lorenz'schen Methode ausgeführt. In den zwei Fällen, wo er Reluxation erhielt, hatte er nur mittels kräftiger Einwärtsrotation den Kopf in die Gelenkhöhle wieder einführen können. In derselben Sitzung berichtete E. Perman über einen von ihm operirten Fall von congenitaler Hüftgelenksluxation. 8jähriger Knabe. Die Trochanterspitze stand auf der einen Seite 6,5 cm oberhalb der Roser-Nélaton'schen Linie, 3,5 cm auf der anderen. Der Gang war im höchsten Grade wiegend. Eine 8—10 Tage dauernde Extensionsbehandlung mittels einer Last von 8—10 Kilo ging der Operation voraus, wodurch die Verschiebung des Gelenkkopfes von 6,5 auf 3,5 cm vermindert wurde. Bei der Operation mittels der Lorenz'schen Extensionsschraube zeigte es sich, dass die Reduction des Caput, d. h. sein Herabziehen zu gleicher Höhe mit der ausgehöhlten Gelenkhöhle, leicht von sich ging. Die Reposition des Gelenkkopfes in die Höhle begegnete dahingegen Schwierigkeiten, weil das Collum beinahe gerade nach vorne gerichtet war, zufolge dessen die Reposition nur bei der meist hochgradigen Einwärtsrotation des Beines möglich war. In dieser Stellung wurde die Extremität eingegypst und zudem etwas abducirt. Die Heilung ging ungestört von statten. Nach 3 bis 4 Wochen fing der Kranke an zu gehen. Der Gypsverband wurde jede vierte oder fünfte Woche gewechselt, und Patient machte mit diesem im Sommer auf dem Lande längere Promenaden. Sodann erhielt er eine Lederbandage mit Stahlschienen für die Fixirung der Extremität in nach einwärts rotirter Stellung. Er trägt fortdauernd diese Bandage. Sein Gang ist gegenwärtig bedeutend viel besser, wie vor der Operation; der Körper hat jetzt eine bessere Stütze auf der operirten Seite, und der Gang ist nicht wiegend wie vor der Operation.

Naumann (2). 12jähriger Knabe. Beide Oberschenkelköpfe standen nach hinten weit hin auf dem Os ilium. In den letzten Monaten war das Caput femoris dextri höher und höher hinaufgeglitten, so dass der Kranke grosse Schwierigkeit zu gehen hatte, was eine Folge des vielen Treppensteigens war. Permanente Gewichtsextension mit günstiger Einwirkung auf die Weichtheile. Operation nach den Vorschriften von Hoffa mit Resectionsschnitt nach Langenbeck. Acetabulum beinahe total obliterirt, weshalb sein Labium cartilagineum weggenommen wurde, und eine Unmenge von Knorpel und Fettgewebe mittels des scharfen Löffels weggeschabt wurde. Nach sowohl Vertiefung wie Erweiterung der Gelenkhöhle mittels des Meissels gelang die Reposition durch Extension. 18 Stunden nach der Operation heftiges Erbrechen mit Inhalation des Ventrikelinhaltes in die Bronchien zufolge der etwas gezwungenen Rückenlage und der Beschwerung des Knaben durch Schläfrigkeit. Erstickung. **A. Fr. Eklund** (Stockholm.)

[Kjaer, Zwei Fälle von Luxationen des Kniegelenks. Bibliothek for Laeger. R. 7. B. 8. p. 409. **Schaldemose**.]

B. Entzündungen.

Allgemeines. 1) König, F., Ueber gonorrhoische Gelenkentzündung. Deutsche Wochenschr. No. 47. S. 731. — 2) Parizeau, T., L'arthrite blennorhagique aiguë et son traitement par l'arthrotomie précoce. Paris. — 3) Delorme, Ankylose consécutive à l'arthrite blennorhagique aiguë. Bull. de Chir. Séance du 3. juin. p. 479. (D. erzielte bei einer seit mehr als 4 Monaten bestehenden sehr starren fibrösen Kniegelenksankylose nach Gonorrhoe während einer 4 monatlichen Behandlung durch wiederholte forcirte Bewegungen die normale Beweglichkeit des Gelenks. Ein gleicher Erfolg kam bei einer Handgelenksankylose zu Stande, während am Ellenbogen in einem Falle die Bemühungen ohne Resultat blieben.) — 4) Forselles, Arthur af, Ein Beitrag zur Kenntniss der Gelenkerkrankungen bei Blutern. Centralbl. f. Chir. No. 1. S. 19. (Die Krankengeschichte des 29jährigen Patienten zeigt einen typischen Fall von Gelenkerkrankungen bei einem Bluter. Bemerkenswerth ist die grosse Anzahl der Gelenke mit intraarticulären Blutungen und die Häufigkeit der auftretenden Anfälle. Nur die Schulter-, Hüft- und Claviculargelenke blieben verschont. Bei der zuletzt aufgetretenen Attaque, die durch ein unbedeutendes Trauma hervorgerufen wurde, waren intraarticuläre Blutungen sowohl im Talocruralgelenk, als auch in den kleineren Gelenken des Fusses und der Zehen unzweideutig vorhanden. Am Fussrücken hatte sich noch ein grosses subcutanes Haematom gebildet, das durch Druck auf den unterliegenden Nerven eine Anaesthesie von 3 Zehen hervorrief.) — 5) Linser, P., Beitrag zur Kenntniss der Blutergelenke. Bruns' Beitr. Bd. 17. S. 105. — 6) Rovsing, Thorkild, Ueber tuberculöse Arthritis und Ostitis im frühesten Kindesalter. Langenb. Arch. Bd. 58. Hft. 3. — 7) Mönnich, Paul, Resultate der Behandlung tuberculös erkrankter Gelenke mit Jodoformglycerininjection. Inaug.-Diss. Halle. (Von 98 Fällen, die in der chirurgischen Klinik zu Halle wegen Gelenktuberculose bis zu Ende behandelt wurden, sind 30 Patienten nicht mit Jodoformglycerininjectionen behandelt worden, sondern operativ. Von den übrigen 68 Fällen sind 26 vollständig geheilt, 28 wesentlich gebessert, 11 wurden nachträglich operirt und 3 starben.) — 8) Miller, A. G., On contraction of the arteries of a limb the probable cause of muscle atrophie in tubercular joint disease. Edinb. Journ. September. p. 220. — 9) Le Dentu, Cas d'arthrite fongueuse où la désorganisation profonde de la moëlle diaphysaire a nécessité, la désarticulation du membre. Bull. de Chir. Séance du 26. juin. p. 467. — 10) Riese, Heinrich, Die Reiskörperchen in tuberculös erkrankten Synovialsäcken. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. 42. S. 1. (Auf Grund von Untersuchungen, die im wesentlichen an 10 Fällen von Gelenktuberculose, von denen sich 9 als typische Reiskörperchentuberculose erwiesen, angestellt wurden, schliesst sich Riese vollkommen der Ansicht König's, Sandow's und deren Vorläufer an, dass sämmtliche Reiskörperchen in tuberculösen Gelenken, Sehnenscheiden und Schleimbeuteln in letzter

Linie Derivate einer Fibringerinnung sind. Die eine Hauptgruppe derselben entsteht aus Gerinnseln, die sich in der Synovialflüssigkeit selbst bilden, die andere aber geht aus Niederschlägen hervor, die auf der Wand der Synovialhöhle abgelagert und von den Zellen derselben zum Theil organisirt worden sind.) — 11) Goldmann, Edwin E., Ueber die Bildungsweise der Reiskörperchen in tuberculös erkrankten Gelenken, Schleimbeuteln und Sehnenscheiden. Bruns' Beitr. Bd. 15. S. 757. (Goldmann verficht seine Ansicht, wonach das Auftreten von Fibrin in der Regel eine secundäre Erscheinung und abhängig von regressiven Metamorphosen der Tuberkelelemente ist. G. zeigt an dem Präparat eines wegen neuropathischer Erkrankung resecirten Schultergelenks, dass Reiskörperchenbildung auch ohne tuberculöse Infection in Gelenken vorkommt. Aber selbst in diesen Fällen gelingt nach G. in der Regel der Nachweis, dass die Reiskörper einer Oberflächennecrose der Sackwand ihre Bildung verdanken.) — 10) Hildebrand, Experimenteller Beitrag zur Lehre von den freien Gelenkkörpern. Zeitschr. f. Chir. Bd. 42. S. 292. — 12) Barth, Zur Lehre von den freien Gelenkkörpern. Verhandl. d. Deutschen Gesellsch. f. Chir. S. 31. (B. kommt zu der Ueberzeugung, dass es eine Osteochondritis dissecans in der Aetiologie der Gelenkmäuse nicht giebt. Alle Gelenkkörper sind entweder traumatischen Ursprungs oder gehören in das Gebiet der Arthritis deformans.)

Beckengelenk. 13) Judge-Baldwin, F. B., Some points on sacro-iliac disease with a report of a case. Brit. Journ. Dec. 19 pp. 1767. (J.-B. bespricht die Entzündungen der Ileo-sacralgelenke an der Hand eines mit Resection erfolgreich behandelten Falles. Der Fall war complicirt durch einen Psoasabscess, der zum Theil ausgeschabt, zum Theil mit einer Einspritzung von Zinkchlorid behandelt wurde.)

Hüftgelenk. 14) McCurdy, S. L., Hip-joint disease and its modern treatment. Med. and Surg. Rep. Febr. 8. p. 170. — 15) Lorenz, Adolf, Behandlung der Hüftankylose. Berliner Klinik. Heft 96. — 16) Quénu, Traitement de la coxalgie suppurée par le drainage de l'articulation à travers le grand trochanter, le col et la tête du fémur, tunellisation du col et de la tête du femur. Gaz. de Paris. No. 45. p. 525. (Q. empfiehlt das Verfahren der Tunnelbildung durch Schenkelhals und -kopf zur Entleerung des Eiters, indess nur für diejenigen Fälle von Coxitis, in denen es noch nicht zu einer Luxation gekommen ist.)

Kniegelenk. 17) Heidenhain, Ueber die Nachbehandlung punctirter Hydarthrosen des Kniegelenks. Münch. Wochenschr. No. 11. (Um nach Punction und Ausspülung eines Hydarthros genu eine Wiederkehr des Ergusses zu verhüten, leimt H. nach Entfernung des ersten Druckverbandes [am Ende der ersten Woche] das kranke Bein von den Zehen bis hoch hinauf zum Oberschenkel mit dem Unna'schen Zinkleim ein und lässt dann die Kranken mit der Weisung, sich nicht zu sehr anzustrengen, umhergehen. Je nach dem Falle muss man die Verbände alle 8—14 Tage wechseln und im ganzen 4—6—8 Wochen liegen lassen. Dann ist die Heilung eingetreten.) — 18) Herhold, Zur Frage des Lipoma genu. Langenb. Arch. Bd. 52. Heft 3. (Es fand sich im Kniegelenk eine hühnereigrosse Fettgeschwulst, welche mit einem etwa 2 cm breiten Stiele an dem Ligam. cruciatum sass, frei im Gelenk dicht unter der Patella lag und sich etwas nach unten unter das Lig. patellae erstreckte. Die Geschwulst liess sich stumpf leicht entfernen. Sie bestand aus reinem Fettgewebe, insbesondere liessen sich Miliartuberkel nicht nachweisen. Die übrige Synovialis des Gelenks war glatt und zeigte keinerlei krankhafte Veränderungen.) — 19) Stieda, H., Ueber das Lipoma arborescens des Kniegelenks und seine Beziehungen zu chronischen Gelenksaffectionen. Bruns' Beitr. Bd. 16. S. 285. (Bei dem 43 jährigen, seit Jahren an Beschwerden im linken Kniegelenk laborirenden Kranken fand sich bei der Resection neben einem serösen Gelenkerguss die ganze Synovialis mit massenhaften Zöttchen besetzt, bis zu Kirschgrösse, gestielt, traubenförmig, theils rosa, theils gelblichweiss. Die Oberfläche der Zotten war glatt und spiegelnd; die Knorpelränder waren leicht gewulstet, der Knochen nirgends cariös. Aus der histologischen Untersuchung schliesst S., dass ein nicht specifischer chronischer Entzündungsprocess der Gelenkkapsel mit anschliessender Fettzottenbildung stattgefunden hatte. Der Process äusserte sich im Auftreten von Entzündungsherden und Verfettung im subsynovialen Kapselgewebe und in den reichlich gebildeten Zotten. Die kleineren Zotten, die wohl als die im Beginn der Erkrankung stehenden angesehen werden mussten, zeigten noch keine Fettbildung. Letztere trat erst später mit dem Wachsthum der Zotte auf. St. nimmt an, dass das Lipoma arborescens keine für eine bestimmte Erkrankung des Gelenks characteristische Bildung ist, sondern dass es bei den verschiedensten chronisch verlaufenden Gelenkaffectionen vorkommen kann, so bei der Tuberculose, der Arthritis deformans; er giebt ein Beispiel der Combination einer Arthr. def. und eines Lipoma arborescens des Hüftgelenks, dem gemeinhin als chronische Arthritis bezeichneten Zustand.) — 20) Young, Ernest B., A method for the gradual reduction of flexion and subluxation of the knee. Boston. Journ. No. 15. p. 360. — 21) Hoffa, Albert, Die mechanische Behandlung der Kniegelenksverkrümmungen mittelst portativer Apparate. Langenb. Arch. Bd. 53. Heft 3. (Ist in Folge einer Kniegelenksentzündung eine Flexionsstellung des Gelenks eingetreten, und ist gleichzeitig die Tibia nach hinten und aussen luxirt, so gelingt es bei einigermaassen hochgradigen Fällen nicht, die Flexionsstellung und zu gleicher Zeit die Subluxation zu corrigiren. Man soll deshalb mittelst der Braatz'schen Sectoren zuerst die Flexionsstellung ausgleichen und alsdann in einem zweiten Act der Behandlung die Tibia nach vorn und innen in die Höhe heben. H.'s hierzu bestimmte Vorrichtung, die, ebenso wie der Braatz'sche Sector, an Schienenhülsenapparaten angebracht wird, besteht aus zwei an einander vorbeigleitenden Schienen und einem Gummizug, mittelst dessen es gelingt, die eine Schiene gegen die andre zu verschieben.) — 22) Grässner, Reinhold. Ueber die Behandlung der Contracturen des Kniegelenks. Inaug. Diss. Halle 1895. — 23) Lelyveld, L. P. van, Over de behandeling van contractura genu. Tijdschr. voor geneesk. No. 2. p. 41. (Für musculäre u. fibröse Ankylosen empfiehlt van L. ein mechanisches Vorgehen; gelangt man auf diese Weise nicht zum Ziel, so ist das Brisement forcé erforderlich, das indess bei starker fettiger Muskeldegeneration und noch bestehender Entzündung contraindicirt erscheint. Für die Trennung knöchern verwachsener Gelenkenden empfiehlt v. L. das bogenförmige Verfahren nach Helferich. Nach der Streckung soll an der Vorderseite ein Gussenbauer'scher Haken eingetrieben werden.)

Fussgelenk. 24) Spengler, E., Ueber Fussgelenk- und Fusswurzel-Tuberculose. Zeitschr. f. Chir. Bd. 44. S. 1.

König (1) gruppirt die Gelenkentzündungen der Gonorrhoiker in folgende Formen:

1. Hydrops articularis;

2. Hydrops articularis serofibrinosus und catarrhalis (Volkmann);

3. Empyem des Gelenks;

4. Phlegmone der Gelenke, und zwar bald mehr die eitrige, bald mehr die faserstoffige Form (pseudomembranacea Ollier), charaterisirt durch das Uebergreifen auf die peri- und paraarticulären Weichtheile.

Ob es gerechtfertigt ist, dazu noch eine arthral-

gische Form zu fügen, oder ob dieselbe, wie es K. scheint, eine sehr schmerzhafte Form der fibrinösen ist, lässt er dahingestellt.

Der Hydrops der Gonorrhoiker heilt in relativ kurzer Zeit aus. Er weicht in der Regel nach vorhergegangener Punction einer Einspritzung mit Carbolsäure oder unter der Anwendung eines Vesicators, Jodtinctur, Compression etc. Je mehr der Hydrops ein serofibrinosus oder catarrhalis wird, desto nothwendiger ist die chirurgische Behandlung durch Punction und Injection, wie denn bei dem wirklichen Empyem öfters auch diese Mittel nicht genügen, sondern die Incision und Drainage nöthig wird. Ganz anders steht es mit den schlimmen Formen, bei welchen allmälig zu dem Erguss der Faserstoff, die Infiltration der Capsel, der paraarticulären Gewebe und vor allen Dingen diejenige der Hauptbänder wie auch die Auflagerung von Faserstoff auf den Knorpel hinzukommt. Zuweilen verläuft der Process mit seinen Folgen auffallend rasch; wenigstens ist es K. bei Gelenkentzündung aus anderer Ursache noch nicht passirt, dass ein Kniegelenk mit gar nicht viel Schwellung in Zeit von 10—12 Tagen vollkommen deformirt war, dass sich ein Genu valgum ausgebildet hatte, und dass die Tibia nach hinten zurücksank. Ein ganz ausserordentlich häufiges Symptom ist die grosse Tendenz zur Ankylosirung, ein Symptom, welches keiner Krankheit in der gleichen Art eigenthümlich ist. Besonders häufig verwachsen die Gelenkenden dabei partiell. Eine knöcherne Ankylose in gleich kurzer Zeit sah K. nur bei einer Form der puerperalen Gelenkentzündung zu Stande kommen, ist indess der Ansicht, dass es sich hierbei ebenfalls um einen gonorrhoischen Process handelt. Vielfach findet zu gleicher Zeit in die Sehnen und ihre Scheiden eine Faserstoffinfiltration statt.

In den Fällen, in denen eine ausgesprochene paraarticuläre Phlegmone vorhanden ist, richtet sich die Frage, ob man punctiren soll, nach der Masse der Flüssigkeit, welche man im Gelenk nachweist. An der Hand und am Fusse räth K., wenn man überhaupt punctiren will, Stichinjectionen mit Carbolsäure zu machen, da es mit dem Trocart ziemlich schwer ist, zwischen den Sehnen durchzukommen und grössere Massen von eitrig-faserstoffiger Flüssigkeit herauszubekommen. Bei der Behandlung der paraarticulären Abscesse räth K. zu energischer Application von Jodtinctur, Ruhe, Anwendung von Extension und Distraction. Die Mobilisirung ankylotisch gewordener Gelenke gehört zu den qualvollsten Behandlungsmethoden für die Kranken. K. empfiehlt zur Orientirung über das Verhalten der Gelenke Röntgenphotogramme zu benutzen.

Linser (5) veröffentlicht aus der Bruns'schen Klinik 3 Fälle von ausgesprochenen Blutergelenken.

Bei dem ersten $14\frac{1}{2}$ jährigen Kranken trat nach wiederholten Schwellungen der verschiedensten Gelenke und sehr häufigen profusen Nasenblutungen $\frac{3}{4}$ Jahr vor seiner Aufnahme in die Klinik wie schon früher an dem linken Kniegelenk eine Schwellung auf, die dieses Mal nicht wie sonst nach einigen Tagen zurückging, sondern bestehen blieb. Dazu trat schnell Beugung und die Unmöglichkeit, das Bein zu strecken. Ganz derselbe Process entwickelte sich wenige Monate später an dem rechten Knie. Zur Zeit des Eintritts in's Krankenhaus war das rechte Ellbogengelenk zu beiden Seiten des Olecranon etwas aufgetrieben; die Bewegungen waren ungestört. Die Gegend des Kniegelenks war beiderseits stark verdickt. Beiderseits fanden sich hochgradige spitzwinklige Contracturen, links eine Flexionsstellung von ca. 45°, jeder Extensionsversuch war von den heftigsten Schmerzen begleitet; rechts liess sich die Contractur bis zum rechten Winkel ausgleichen. Während einer Extensionsbehandlung der Gelenke kam es zu einer erneuten Anschwellung an Ellbogen-, Hand- und Fussgelenken sowie zu einem leichten Erguss in's linke Kniegelenk. Während das rechte Bein bis zu einem Flexionswinkel von 150° gestreckt wurde, wurde links keine Besserung erzielt. Was die hereditäre Belastung anlangt, so liess sich feststellen, dass dieselbe von mütterlicher Seite übertragen war.

In den beiden folgenden Fällen handelte es sich um Brüder, bei denen die Krankheit gleichfalls von mütterlicher Seite herrührte. Auch hier kam es zu periodischen Schwellungen der Gelenke abwechselnd mit Blutungen. Das eine Mal war eine Flexionscontractur des linken Kniegelenks mit Subluxation des Unterschenkels nach hinten zu Stande gekommen. Bei dem Bruder war bei Gelegenheit eines Ergusses in das rechte Kniegelenk der Versuch gemacht worden, mittelst Trocarts die Flüssigkeit aus dem Gelenk zu entleeren. Dabei hatte sich ca. $\frac{1}{2}$ Liter reines Blut als Inhalt ergeben. Im Gefolge dieses Eingriffes war eine Vereiterung des Gelenks und knöcherne Ankylosirung in einem Winkel von 170° eingetreten.

Rovsing (6) macht auf eine Form von tuberculöser Arthritis aufmerksam, welche für ganz kleine Kinder im 1. Lebensjahre specifisch zu sein scheint und dadurch überrascht, dass sie sich durch eine besonders gute Prognose auszeichnet: sie beginnt nicht nur acut — R. schlägt die Bezeichnung Pyarthros tuberculosum acutum vor — sondern verläuft auch acut, so dass sie mit erstaunlicher Schnelligkeit durch dasselbe Mittel, das die tuberculöse Peritonitis zur Heilung bringt, nämlich die einfache Incision — Arthrotomie — geheilt zu werden scheint.

K. hat 10 solcher Fälle an 7 Patienten beobachtet. Die Krankheit entstand immer plötzlich im Laufe einiger Tage, bei früher anscheinend gesunden Kindern, mit schnell entwickelter Geschwulst und starker Empfindlichkeit des Gelenks, unter mehr oder weniger ausgesprochenen Fiebersymptomen. In allen Fällen ist die Diagnose Tuberculose durch microscopische und bacteriologische Untersuchung des während der Operation steril aufgefangenen Eiters, und in einem Falle noch weiter durch Impfung auf ein Meerschweinchen constatirt worden. Unter den Gelenken ist das Schultergelenk mit zwei, das Kniegelenk mit fünf, das Hüftgelenk, Fussgelenk und Sternoclaviculargelenk mit je einem Fall vertreten.

Weiterhin berichtet R. über ein 14 Monate altes Kind mit epiphysärer Ostitis tubercul. femoris mit Epiphysenlösung, die trotz ausserordentlich reicher und rapider Eiterbildung das Kniegelenk und die Kapsel ungeschädigt gelassen hatte, extracapsulär auf der Aussenseite des Femur durchgebrochen war und nach einem verhältnissmässig geringen Eingriff schnell zur Heilung kam.

Zur Beantwortung der Frage, ob sich durch mässige Traumen, z. B. Quetschung der Gelenkflächen, die nicht gleich primär zu einer Abtrennung von Gelenkknorpel resp. Knorpelknochen führen, Gelenkkörper erzeugen lassen, suchte Hildebrand (10) mehr oder weniger starke Quetschungen umschriebener Partien der Gelenkflächen zu erzeugen, indem er bei Ziegenböcken zunächst von aussen an 3 Gelenken mit einem hammerähnlichen Instrument auf die Gelenkflächen schlug, die er sich durch starke Flexion des Gelenks zugänglich machte. Nach $^1/_2$ bezw. $^3/_4$ Jahren war nichts Abnormes im Gelenk zu sehen. Ferner machte er in 4 weiteren Gelenken an zusammen 6 Gelenkflächen nach Eröffnung des Gelenks auf dieselbe Weise heftige localisirte Quetschungen, so dass einige Male ein Zurücksinken der betroffenen Partie im Niveau sichtbar war. Nach 8 Wochen zeigte sich der Knorpel etwas verfärbt, wie blutig imbibirt, aber nicht das Geringste von einer Ablösung etwa des Knorpels oder überhaupt des contusionirten Theils; der Knochen war nur vielleicht etwas dichter.

Um auf die weitere Frage: Wie ist das Schicksal traumatisch erzeugter Gelenkkörper? Bleiben sie erhalten, wachsen sie oder werden sie resorbirt? Antwort zu erhalten, machte H. Experimente in der Weise, dass er ein Gelenk öffnete, aus der Gelenkfläche Scheiben, die theils Knorpel allein, theils Knorpel und Knochen enthielten, herausschnitt, sie im Gelenk liess und dann das Gelenk wieder zunähte. Auf diese Weise machte er in 6 Gelenken 9 freie Gelenkkörper. Die Wunden blieben stets aseptisch, die Thiere vertrugen den Eingriff gut und standen sehr bald wieder auf den Beinen.

Das Resultat war folgendes: 2 der Gelenkkörper waren nach 3 Monaten ganz verschwunden, ebenso 3 andere nach 7 Monaten, 1 fand sich nach 6 Monaten mit der Kapsel, und zwar dem vorderen Theil, durch eine zarte Haut verwachsen, 3 kleinere waren nach $2^1/_2$ Monaten ebenfalls mit der Kapsel verwachsen. Bei der microscopischen Untersuchung dieser Körper zeigte sich, dass sie im wesentlichen aus hyalinem Knorpel und nur etwas Knochen bestanden, und dass sie von einer dünnen, am Stiele dickere Gefässe führenden Bindegewebsmembran umhüllt waren.

Dann erzeugte H. auf ähnliche Weise in 4 Gelenken aus der Gelenkfläche 6 gestielte Gelenkkörper, die auch theils aus Knorpel, theils aus Knorpelknochen bestanden. Diese 6 gestielten Körper waren nach $6^1/_2$ resp. 7 Monaten total verschwunden.

Das Resultat der Versuche war also, dass 6 gestielte Gelenkkörper resorbirt waren, ebenso 5 freie, während 4 freie mit der Kapsel verwachsen und erhalten geblieben waren. Nicht ein einziger war aber als freier Gelenkkörper erhalten. Es scheint sich demnach so zu verhalten, dass alle vollständig abgetrennten freien Gelenkkörper verschwinden, dass sie nur erhalten bleiben, wenn sie mit der Kapsel in Verbindung treten.

Lorenz (15) hat behufs Correctur knöcherner Hüftankylosen bisher 6 mal die Verwachsungsstelle zwischen der inneren Fläche des coxalen Femurendes oder seines Halsrudimentes einerseits und zwischen der äusseren Darmbeinfläche andererseits linear durchtrennt. Da dies Verfahren von der Existenz eines Schenkelhalses vollkommen unabhängig ist, so bezeichnet es L. im Gegensatz zu der von Adams zu dem gleichen Zwecke angegebenen Osteotomia colli femoris als Osteotomia pelvitrochanterica. Die Vortheile der Operation sind nach L. mannigfacher Art. Der Eingriff selbst ist als lineare Osteotomie in kleinster Wunde oder vollkommen subcutan ausgeführt, von einfachster Technik und bedingt eine ganz unbedeutende Verwundung. Da die Stellungscorrectur strenge im Scheitelpunkt des Deformitätswinkels erfolgt, entfällt jede Knickung der Diaphyse wie bei der Osteotomia subtrochanterica, so dass die volle Länge des Femur ungekürzt erhalten bleibt. Die Correctur selbst hat nicht mit den geringsten Schwierigkeiten zu kämpfen, wenn die Adductoren und die Weichtheile an der Beugeseite des Gelenks während des Redressements durchtrennt wurden. L. hat sich überzeugt, dass die subcutane Myotomie vollständig genügt, und deshalb die früher geübte offene Durchschneidung der Weichtheile ganz aufgegeben. Die Verhältnisse der Trennungsfläche des Knochens sind für das vorzunehmende Redressement sehr günstige. Die Correctur der Beugestellung erfolgt durch Dislocation der peripheren Trennungsfläche des Knochens ad peripheriam der centralen Schnittfläche, wobei dieselben in vollständigster Berührung bleiben, die Correctur der vorhandenen Adduction (oder Abduction) durch Dislocatio ad axim, wodurch die beiden Trennungsflächen des Knochens längs ihrer unteren Peripherie zum Klaffen gebracht werden. Da der Oberschenkel in seiner unverminderten Länge als Hebelarm zur Geltung kommt, kann eine sehr bedeutende Deformität unter geringem Klaffen der Trennungsfläche beseitigt werden.

Die Nachbehandlung ist eine für den Patienten wie Arzt ausserordentlich einfache, da sowohl die Extension als auch längere Ruhelage des Pat. vollkommen entfällt. Durch einen exacten Gehverband sind die Kranken stets in der Lage, nach 5—6 Tagen das Bett zu verlassen und ambulant die völlige Heilung abzuwarten. Dieselbe vollzieht sich unter einem und demselben Verbande. Die Osteotomia pelvitrochanterica ist nicht nur im Stande, die vorhandene knöchern fixirte Deformität gründlich zu beseitigen, sondern sie ermöglicht bei entsprechend sorgfältig gehandhabter Nachbehandlung mit grösster Wahrscheinlichkeit (so in allen 5 von Lorenz operirten Fällen) auch die Lösung der Aufgabe, die starre Winkelankylose in ein bewegliches Gelenk zu verwandeln und dadurch auch eine Restitution der brach liegenden Muskelkräfte zu erreichen.

Solange nur eine Spur von Beweglichkeit an der Hüfte nachweisbar ist, führt das einfache Redressement mit gleichzeitigen Tenotomien zum Ziele. Gymnastische Nachbehandlung schützt mit Sicherheit vor Recidiven.

Spengler's (24) Bericht umfasst 136 Fälle tuberculöser Fusserkrankungen, die in den Jahren 1873—1894 in der Berner chirurgischen Klinik

zur Beobachtung und Behandlung gelangten. Leider liegen nur von 85 Patienten Nachrichten über die Endresultate vor; nur einer von diesen ist vor weniger als einem Jahre aus dem Krankenhause entlassen, 3 sind sogar vor mehr als 20 Jahren behandelt worden.

Von 4 nur mit Injectionen von Carbolsäure und Jodoform Behandelten haben zwei ein sehr gutes Resultat erreicht, 1 ist nicht geheilt, 1 ist $2\frac{1}{2}$ Monate nach der Entlassung an Lungenphthise gestorben. Je ein mit Ignipunctur und mit Incision behandelter Patient zeigen gute Resultate, ebenso ein mit Evidement zur Heilung gebrachter. Bei 5 mit Arthrotomie Behandelten finden sich 3 sehr gute, 2 weniger gute Resultate. Bei einem Falle von Arthrectomie war, nachdem das locale Verhalten ein schlechtes geblieben war, der Tod an Tuberculose eingetreten. Unter 26 Resecirten leben noch 16. Die Resultate waren sowohl in Bezug auf Plastik und Function in der Mehrzahl gute. Schlechte Resultate zeigten nur 2 Patienten; doch waren selbst diese im Stande, mit Apparat und Stock herum zu gehen. Meist war der Fuss beweglich, nur in 3 Fällen war Ankylose mit völliger Steifigkeit des Fusses eingetreten. Von mit Exarticulation nach Chopart Behandelten zeigt der einzige noch Lebende ein sehr gutes Resultat, eine nach Mikulicz Behandelte ist zwar geheilt, kann aber nur mit Apparat und Krücken gehen. 5 Patienten, bei denen die Syme'sche Amputation vollführt wurde, sind gestorben, bei einem 6. ist der Stumpf gut geformt und gut mit Weichtheilen gedeckt, die Function eine gute. Von den 6 nach Pirogoff Amputirten leben 2 und zeigen ein gutes Resultat in Bezug auf Form und Bedeckung des Stumpfes sowie in Bezug auf Function. Von den mit Amputation des Unterschenkels behandelten Kranken liegen über 27 Berichte vor; 12 sind noch am Leben. Die Resultate sind im Grossen und Ganzen gute, sowohl was die definitive Heilung, als die Brauchbarkeit der Extremitäten anlangt. Schlechte Resultate zeigten nur zwei Fälle; einer heilte nicht wegen eines Recidivs, so dass ihm nachträglich die Amputatio femoris supracondylica gemacht werden musste, da er neben dem Fussrecidiv noch eine Gonitis tuberculosa hatte.

Nach S., der im übrigen jedem Falle nach Art und Ausdehnung der Affection die Methode des Vorgehens anzupassen räth, ist immerhin die sogenannte atypische Resection das Normalverfahren; denn sie hat neben den Chancen guter functioneller Resultate ohne Prothese den Vorzug vor allen anderen conservativen und radicalen Methoden, dass sie sowohl der ersten therapeutischen Indication, alles Kranke zu entfernen, um locales Recidiv und Allgemeininfection zu verhüten, sowie der zweiten, die gesunden Theile im Interesse einer guten Function zu schonen, nachkommt wie keine der übrigen.

[Niedzielski, K., Ueber Caries sicca der Schulter. Gazetta lekarska. No. 5.

Auf Grund der Literatur sowie einer eigenen Beobachtung entwirft Verf. ein genaues Bild dieses Leidens ohne jedoch wesentlich Neues zu bringen. Der vom Verf. beobachtete Fall gehört insofern zu den selteneren, als bei der Resection in der Gelenkhöhle etwas trübe flockige Flüssigkeit gefunden wurde, was bekanntlich bei diesem Leiden nicht allzuoft vorzukommen pflegt.

Trzebicky (Krakau).]

III. Muskeln, Sehnen, Fascien und Bänder.

Muskeln. 1) Joachimsthal, G., Ueber selbstregulatorische Vorgänge am Muskel. Zeitschr. f. orthopädische Chirurgie. Bd. IV. Heft 2. — 2) Derselbe, De l'adaptation spontanée des muscles aux changements de leur fonction. Note présentée à l'Académie par M. Marey. Compt. rend. hebdom. des séances de l'Académie des Sciences. 20. avril. — 3) Derselbe, Nouvelle adaptation des muscles de la jambe après la guérison d'un pied bot. Ibid. 14. Septbr. — 4) Stange, Paul, Ueber einen Fall von fast vollständigem Defect des rechten Musculus cucullaris und des rechten Musculus sternocleidomostoideus. Deutsche Wochenschr. No. 26. S. 412. — 5) Marsh, Howard, Clinical lecture on displacements and injuries of muscles and tendons. Brit. Journ. July 25. p. 181. (M. theilt mehrere Fälle von Luxation der Sehnen des M. peroneus longus, tibialis posticus, der langen Bicepssehne und des M. splenius mit. Die Reposition gelang meist leicht.) — 6) Henle, A., Ein Fall von ischaemischer Contractur der Handbeugemuskeln, geheilt durch Verkürzung der Vorderarmknochen. Centralbl. f. Chir. No. 19. S. 442. (Die Resection eines $1\frac{1}{2}$ cm langen Stückes aus den Vorderarmknochen erschien bei dem 9jährigen Knaben um so mehr gerechtfertigt, als die schlechte Stellung der Fragmente, speciell auch das Vorhandensein eines Ulna und Radius verbindenden Callus, die Vornahme einer Osteotomie so wie so erforderte.) — 7) von Zoege-Manteuffel, Demonstration eines Skelets mit Myositis ossificans. Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir. S. 43. (An dem demonstrirten Skelet eines 16jähr. Pat. sind die geradezu gigantischen ebenso wie auch eine ganze Reihe weniger massiger Knochenneubildungen genau an die anatomische Lage der Musculatur geheftet; der Autor hält die Beziehungen zum Skelet für secundärer Natur.) — 8) Colleville et Guénart, Rupture d'un kyste hydatique du creux axillaire, suivie de la suppuration et de l'élimination de la poche kystique. Troubles amyotrophiques concomitants. Gaz. hebdom. No. 78. p. 925. (Bei einem 40jährigen Arbeiter entstand im Anschluss an ein forcirtes Erheben des Arms eine Phlegmone der Achselgegend. Bei der Incision entleerte sich mit dem Eiter ein geplatzter Echinococcensack. Die in kurzer Zeit eingetretene starke Muskelatrophie, die die Autoren nach diesbezüglichen Versuchen auf Rechnung gewisser in der Echinococcenflüssigkeit enthaltener Substanzen zurückführen, schwindet nach mehrmaliger Anwendung des faradischen Stromes.)

Sehnen. 9) Littlewood, H., Case illustrating a new method of tendon suture. Brit. Journ. Febr. 15. (Nach einer Durchtrennung der drei Sehnen an der Streckseite des Daumens war es, da die unmittelbar nach der Verletzung ausgeführte Naht erfolglos geblieben war, zu einer Diastase von reichlich 2 Zoll gekommen. Zum Zwecke der erneuten Sehnennaht wurden 4 Wochen später die durchtrennten Enden freigelegt. Da es indess nicht gelang, dieselben aneinander zu bringen, so wurde $1\frac{1}{2}$ Zoll von jedem freien Ende entfernt, ein transversaler Schnitt bis zur Mitte und von hier aus ein mittlerer Längsschnitt bis kurz vor das Schnittende geführt. Die beiden auf diese Weise losgelösten Sehnentheile wurden vernäht. Der Erfolg war der erwünschte. — 10) Haegler, Carl S., Ueber Sehnenverletzungen an Hand und Vorderarm. Bruns' Beiträge. Bd. 16. S. 90 und 308. — 11) Gersuny, R., Die subcutane Zerreissung der Achillessehne. Wien. Wochenschr. No. 39. — 12) Sieur, Synovite primitive tuberculeuse des péroniers. Lyon. méd. No. 31. p. 465. — 13) Büdinger, Konrad, Ueber die Behandlung des schnellenden Fingers. Wien. klin. Wochenschr. No. 21. (Das Phänomen des schnellenden Fingers trat in dem Metacarpophalangealgelenk des Daumens nur bei der

Streckung auf. Griff man, während der Finger gebeugt wurde, an die Grundphalanx, so fühlte man, dass sich hier während der Bewegung langsam ein derber Knoten bildete, der bei maximaler Flexion seine bedeutendste Grösse erreichte. Er war nicht schmerzhaft, sass an seiner Unterlage fest. Man konnte ihn umgekehrt im Moment der plötzlichen Streckung unter dem Finger verschwinden fühlen. Ueber der Verdickung wurde ein Schnitt geführt. Es zeigte sich alsdann die verdickte Sehnenscheide, indess kein Knoten. Dagegen liess sich durch Zufühlen die Ursache des Schwellens leicht constatiren, indem man nämlich bei der Beugung sehr deutlich wahrnahm, dass sich die Scheide etwa wie eine Ziehharmonika in Falten legte. Die Kuppen dieser Falten waren es, die die Sehne einklemmten; sie konnten bei der Streckung nur durch einen plötzlich einwirkenden Zug entfaltet werden. Es wurde daher die Sehnenscheide gespalten, ihre verdickten, nach innen gerunzelten Seitenpartien wurden abgetragen, wobei es sich während des schrittweisen Vorgehens zeigen liess, dass das Symptom des Schnellens so lange hervorgebracht werden konnte, als noch ein kleines Stückchen von der veränderten Partie der Sehnenscheide stand und nach innen umgestülpt wurde. Erst nachdem diese im Bereiche von etwa 2 cm gespalten war, wurde die Beweglichkeit eine normale. Der Erfolg des Eingriffs war dauernd ein guter.) — 14) Heilborn, Karl, Ueber den schnellenden Finger. Inaug.-Diss. Erlangen. 1895. — 15) Jeannin, G., Etude sur le doigt à ressort. Arch. génér. Oct.-Décemb. — 15) Zaepfel, Kyste à grains riziformes du poignet droit; exstirpation totale de la poche. Bull. de Chir. Séance du 29. juillet. p. 623. (Es gelang Z. den Tumor, der theilweise oberhalb des Handgelenkes bis zur Mitte des Unterarmes, theilweise unter das Lig. annulare herabging, um sich in der Hohlhand wieder zu erweitern, in toto zu exstirpiren. Er enthielt einen Brei von halbdurchscheinenden linsenartigen Körpern.)

Joachimsthal (1—3) war in der Lage, experimentell und klinisch an der Musculatur selbstregulatorische functionelle Formveränderungen nachzuweisen.

Zu einer normalen Action der Gastrocnemii gehört einmal eine normale Länge des Hebelarmes, an dem die Achillessehne angreift, des Hackenfortsatzes des Calcaneus und weiterhin eine normale Bewegung im Fussgelenk, damit nothwendigerweise verbunden des erwähnten Fortsatzes. Da ein Muskel in seiner Längenausdehnung von der von ihm verlangten Hubhöhe, im speciellen Falle von dem Ausschlag des hinteren Calcaneusfortsatzes abhängig ist, so muss ein verminderter Ausschlag des Calcaneus auch eine Verkürzung der Muskelmasse des Wadenmuskels zur Folge haben, dessen mehr distalwärts gelegene Substanz sich in Sehne umwandelt. J. hat diese functionelle Umwandlung des Gastrocnemius experimentell erzeugen können. Indem er nach einem ähnlichen Vorgange, wie Marey es bei Kaninchen that, bei der Katze ein Stück des Calcaneus resecirte, konnte er, nachdem das Thier 9 Monate lang umhergelaufen war, feststellen, dass entsprechend der Verkürzung der Hacke und so des Hebelarmes für die Achillessehne die Musculatur sich selbstregulatorisch so verändert hatte, dass im Gegensatz zu dem normalen Verhalten der doppelten Länge des Muskels im Vergleich zur Sehne beide (Muskel und Sehne) gleich lang geworden waren. Daneben hatte sich die Achillessehne um das Doppelte verbreitert, als Ausdruck der bei der Kürze des Hebelarmes erforderlichen grösseren Kraft. Die erwartete Vergrösserung des Dickendurchmessers des Muskels auf der operirten Seite war vorläufig noch nicht eingetreten, offenbar weil die Dauer des Versuches eine immerhin kurze war. Denselben Effect wie eine Verkürzung der Hacke muss in Bezug auf die Muskellänge auch eine Einschränkung der Beweglichkeit des Fussgelenkes haben, durch welche gleichfalls der Ausschlag des Calcaneus vermindert wird.

J. vermochte die selbst nach bestgelungenster Behandlung des Klumpfusses fast ausnahmslos zurückbleibende „Atrophie“ der Wade, die sich ausser in einer Verminderung der Umfangszunahme dadurch documentirt, dass der Wadenmuskel ganz auf das obere Drittel resp. Viertel des Unterschenkels zurücktritt und hier eine Prominenz bildet, durch die veränderte Function der Gastrocnemii zu erklären. Einmal resultirt stets, selbst nach der bestgelungensten Behandlung, eine Beweglichkeitseinschränkung im Fussgelenke; weiterhin besteht — wie dies Röntgenbilder aufs Evidenteste zeigen — in der Regel, wohl als Theilerscheinung der den Klumpfuss ausmachenden Verbildung der Fussknochen, eine mehr oder minder ausgesprochene Atrophie des Calcaneusfortsatzes, verbunden mit einer plantarwärts gerichteten Abknickung, wodurch eine Verminderung der Länge des Hebelarmes für die Achillessehne und so eine weitere Einschränkung der Excursion ihres Ansatzpunktes gesetzt wird.

Stange (4) berichtet über einen Fall von fast vollständigem Defect des rechten Musculus cucullaris und des rechten Musculus sternocleidomastoideus bei einem 38jähr. Hüttenmann, bei dem sich nicht sicher feststellen liess, ob ein angeborener oder erworbener Defect vorlag.

An der vorderen Rumpffläche fiel auf, dass das rechte Schlüsselbein mit seinem lateralen Theile abnorm frei lag, dass die ganze rechte Halspartie steiler abfiel, als dieses auf der linken Seite der Fall war, und dass die links deutlich vorspringende Sehne des M. sternocleidomastoideus fehlte. An der Hinterfläche des Rumpfes erwies sich die rechte Schultergegend stark abgeflacht, die Partie zwischen Hals und Schlüsselbein nicht so schräg abfallend wie links, sondern fast rechtwinklig und das rechte Schulterblatt mit seiner Basis weiter von der Wirbelsäule entfernt als das linke. Bei erhobenen Armen liessen sich in der der rechten Schulterhöhle entsprechenden Hautfalte nur vereinzelte Muskelbündel abtasten; ebenso liess sich zeitweise bei gewissen Bewegungen des Halses ein dem rechten Sternocleidomastoideus entsprechendes flaches Muskelbündel constatiren.

Trotz des fast vollständigen Defectes zweier so grosser Muskeln waren wenig oder gar keine Störungen in der Bewegungsfähigkeit vorhanden. Patient konnte die Schulter wie den Arm in normaler Weise gebrauchen, und die Bewegung des Kopfes, die doch nach Analogie des bei der Lähmung eines M. sternocleidomastoideus auftretenden paralytischen Schiefhalses augenfällige Störungen erfahren musste, war in keiner Weise beschränkt. Eine Erklärung für diese merkwürdige Thatsache liess sich in der Hypertrophie anderer Muskeln finden, die die Function der fehlenden mit übernommen hatten. So erwiesen sich als deutlich hypertrophisch der rechte M. levator scapulae, die Mm. rhomboidei,

der M. splenius, omohyoideus, die oberen Partieen des rechten M. pectoralis major, sowie einige Faserbündel des Platysma.

Haegler (10) beobachtete abgesehen von 2 Fällen subcutaner Sehnenverletzung an den Extensoren der Finger (a. Abriss der Strecksehne dicht an der Insertion und zwar mit Erhaltung einiger seitlicher Fasern; b) quere totale Durchreissung der Sehne oberhalb ihres Ansatzes am Knochen in der Höhe des Gelenkes, dessen Capsel gleichfalls mit eingerissen war; in diesem Falle wurde mit Erfolg operativ vorgegangen), in einem Falle einen Abriss der Beugesehne oder besser gesagt eine Abrissfractur eines kleinen Basalstückchens der Nagelphalanx.

Behufs Erklärung des Entstehungsmechanismus dieser letzten Verletzung hat H. 52 Leichenversuche angestellt. Anfangs waren die Versuche erfolglos; die stärkste Hyperextension im 2. Interphalangealgelenk allein oder des ganzen Fingers verlief ohne das gewünschte Resultat; es stellten sich Capselzerreissungen, Subluxationen und Querfracturen ein, doch blieb die Sehne intact. Um die offenbar zur Erzeugung der Verletzung nothwendige Muskelcontraction nachzuahmen, wurde dann bei äusserster Flexion des Fingers und des Handgelenks ein Schlauch um das letztere geschnürt, und zwar so fest und in so zahlreichen Touren, dass die Finger nur mit Mühe geöffnet werden konnten und beim Loslassen jeweilen in ihre Flexionsstellung zurückschnellten. Hierbei gelang in der Hälfte der Fälle, am besten immer am Ringfinger, die Erzeugung des Abrisses.

Weiterhin bespricht H. auf Grund von 100 Krankengeschichten ambulatorisch behandelter Fälle die Therapie der offenen Sehnenverletzungen an Hand und Vorderarm. In den meisten Fällen wurde durch den centralen Stumpf quer ein Faden gezogen, der, wenn der Stumpf noch etwas retrahirt ist, als Halteschlinge fungiren kann und sofort mit derselben Nadel der periphere Stumpf auch quer gefasst. Zur Vermeidung einer Stellungsänderung des Operateurs oder einer ungewohnten Richtung des Nadeleinstiches, wird mit der Pincette das periphere Ende um 180° seiner Längsachse gedreht und nach der Durchstechung wieder in seine normale Lage gebracht. Diese Naht — eine einfache Querschlinge — reisst auch wenn sie nahe dem Schnittrande angelegt wird, nicht aus. Um die Wundränder genau an einander zu bringen, werden 1—2 Knopfnähte (je nach der Stärke der Sehne) angelegt, welche die erste Naht beiderseits übergreifen. Der Umstand, dass die Knopfnähte jenseits der ersten querverlaufenden Naht einsetzen, verhindert das bei den Knopfnähten, die in der Längsrichtung der Sehne angelegt werden, leicht erfolgende Ausreissen, indem die querverlaufende Naht, auch wenn der Knopf sich löst, eine sichere Barriere bildet. Die Wunde wurde möglichst trockengelegt, bei Verdacht auf Infection energisch desinficirt, niemals drainirt, und in den meisten Fällen eine geschlossene Hautnaht angelegt.

Die Ursache der Verletzung war in 3 der 4 von Gersuny (11) beobachteten Fälle subcutaner Zerreissung der Achillessehne 3 mal Muskelzug, in einem Falle directe Gewalt, indem der betreffende Patient beim Stolpern über eine niedrige Thürschwelle mit der Spitze des einen Fusses gegen die straff gespannte Achillessehne des andern traf. Während die Erscheinungen kurze Zeit nach der Verletzung denjenigen nach der Tenotomie der Achillessehne glichen, restirte bei 2 Kranken als definitiver Zustand, der sich bei mehrjähriger Beobachtung nicht änderte, eine gleichmässige Verdickung der Achillessehne in ihrer ganzen Länge (gegenüber der gesunden Seite etwa um die Hälfte), etwas Druckempfindlichkeit an ihrem oberen Ende und an der Rissstelle. In dem einen Falle war keine Zwischenmasse zwischen den unmittelbar mit einander verwachsenen Sehnenstümpfen fühlbar. Die Dorsalflexion des Fusses gegen den Unterschenkel war nur bis zum rechten Winkel möglich. In dem anderen Falle war die Vereinigung der Rissstelle keine unmittelbare, es war ein Abstand von etwa 1 cm geblieben, der durch Narbenmasse ausgefüllt war; diese Narbe war bei erschlaffter Sehne als weichere Masse zwischen den scharfrandigen Sehnenstümpfen zu tasten, bei straffer Spannung war die Sehne beim Betasten wie eine normale, d. h. in ihrer ganzen Länge glatt und hart; an der Rissstelle war keine Einsenkung zu fühlen. Die Folge der Verlängerung der Sehne war eine bleibende Differenz der Dorsalflexion beider Füsse: die active und passive Dorsalflexion war auf der verletzten Seite nicht unbeträchtlich grösser, die Plantarflexion war in gleicher Weise möglich, geschah jedoch auf der verletzten Seite activ mit wesentlich geringerer Kraft, sodass der Gang auf den Fussspitzen auffallend hinkend war.

Die Behandlung bestand in den beiden Fällen in Fixation des Fusses in Spitzfussstellung: der steife Verband blieb in dem einen Falle durch 4 Wochen liegen (Heilung ohne Verlängerung der Sehne), in dem anderen Falle wurde nach 10 Tagen das Umhergehen mit einem Stützapparat (einer Art Oberschenkelstütze) mit Fixirung des Knies in Flexion und des Fusses in Equinusstellung gestattet. Nach Abnahme des Verbandes resp. Stützapparates (im ersten Falle nach 4, im zweiten nach 6 Wochen) wurde ein Schuh mit 6 cm hohem Absatz gegeben, nach und nach wurde Blatt für Blatt davon abgenommen.

Eine solche Behandlung dürfte nach G. im Allgemeinen ausreichen; immerhin wäre es zu versuchen, die Kranken früher gehfähig zu machen, ohne die Distanz zwischen den Sehnenstümpfen während der Heilung gross werden zu lassen. G. schlägt zu diesem Zwecke eine Art von Naht, wie sie als indirecte Naht beim Querbruch der Kniescheibe empfohlen wurde, vor.

Heilborn (14) war in der Lage, an seiner eignen Person die Erkrankung, die die Bezeichnung des schnellenden Fingers trägt, zu beobachten. Das Phänomen stellte sich während der militärischen Dienstzeit an dem linken Mittel- und bald darauf an dem linken kleinen Finger ein. Schon zuvor hatten sich in der ganzen linken Hand leichte ziehende Schmerzen

und ein gewisses Ermüdungsgefühl bemerkbar gemacht, Erscheinungen, die H. auf die Gewehrübungen und auf den Druck der Reckstange bei den sogenannten Klimmzügen zurückführte. Vor dem Metacarpophalangealgelenk des Mittelfingers war ein erbsengrosser harter Knoten zu fühlen, welcher die Bewegungen der Beugesehnen mitmachte. Auch am kleinen Finger war an derselben Stelle dieser Knoten, nur von etwas kleinerer Dimension wahrnehmbar. Bei beiden Fingern erfolgte das Schnellen bei der Beugung mit dumpferem, bei der Streckung mit scharfem knackendem Geräusche. Während die Erscheinungen am kleinen Finger im Laufe eines Jahres rückgängig wurden, waren die Beschwerden am Mittelfinger so hochgradig, dass sich H. zu einer Operation entschloss, die von v. Heineke vorgenommen wurde und zur vollen, 2 Jahre später z. Z. der Publication noch anhaltenden Heilung führte.

Sowohl bei passiven Bewegungen als auch bei galvanischer Reizung der Beuge- und Streckmuskeln trat in der Narcose Schnellen ein und zwar jedesmal, sobald das zweite Fingerglied von der rechtwinkligen in die spitzwinklige Stellung überging und umgekehrt. Ein Muskelspasmus konnte dem Entstehen des Phänomens also nicht zu Grunde liegen. An der Fascia palmaris wurde keine Veränderung wahrgenommen. Nach der Incision bis auf die Sehnenscheide war das Phänomen noch das Gleiche; die Letztere zeigte normales Verhalten. Nachdem auch sie durchschnitten war, hörte das Schnellen auf. An den genau inspicirten Sehnen liess sich weder ein Knoten noch irgend eine sonstige pathologische Veränderung bemerken; offenbar hatte eine Verengerung der fibrösen Scheide das Phänomen hervorgerufen.

Später entwickelte sich bei dem Autor an dem linken Ringfinger ebenfalls die Erscheinung des Schnellens, und zwar hier ziemlich plötzlich, wie H. vermuthete, durch directen Druck auf den vordersten Abschnitt der Hohlhand.

IV. Schleimbeutel.

1) Mauersberg, Paul, Ueber Schleimbeutel-Hygrome in der Beckengegend. Inaug.-Diss. Berlin. — 2) Rössler, A., Zur Kenntniss der Achillodynie. Zeitschr. f. Chir. Bd. 42. S. 274. — 3) Wiesinger, Ueber symptomatische Achillodynie. Ebendas. No. 43. S. 603. — 4) Duplay, S., Tuberculose rétro-calcanéenne (bursite tuberculeuse rétro-calcanéenne). Union méd. No. 48. p. 505.

Der Casuistik der Hygrome in der Beckengegend fügt Mauersberg (1) 2 Fälle von Hygrom am Trochanter minor hinzu. Das eine Mal handelte es sich um eine zwei-faustgrosse Geschwulst, die unter den Adductoren bis an das Becken heranreichte und den Trochanter minor umschlang, so jedoch, dass sie gegen denselben verschiebbar war. Sie war wegen ihrer bedeutenden Ausdehnung nach oben nicht herauszupräpariren und wurde deshalb gespalten, einige Theile wurden excidirt, worauf die Oeffnung des Sackes mit der äusseren Haut vernäht wurde. Die Untersuchung der Cystenwand ergab keinen Aufschluss über die Entstehung des Hygroms. Epithel und Endothel war nicht nachweisbar.

Im zweiten Falle war der Tumor, der zwischen Adductoren, Flexoren und Knochen lag, bedeckt vom Semitendinosus, Biceps und den Adductoren, kindskopfgross. Nach seiner Freilegung von einem Schnitt zwischen Adductoren und Semimembranosus aus und der Präparation der vorderen und inneren Fläche entleerte sich bei der Eröffnung eine seröse flockige Flüssigkeit mit grossen freien Synovialzotten, die zum grossen Theil noch fest an der buchtigen und bis zum Trochanter minor reichenden Wand sassen. Die präparirte Wand wurde excidirt und der übrige Theil abgekratzt. Der Erfolg war beide Male ein guter.

Rössler (2) hat zur Klärung des Wesens der zuerst von Albert unter dem Namen der Achillodynie beschriebenen Erkrankung der Bursa subachillea diesen Schleimbeutel 225 mal an ca. 140 erwachsenen Individuen verschiedenen Alters und ausserdem an 20 Neugeborenen anatomisch untersucht.

Ganz unveränderte, insbesonders in ihrer vorderen periostalen Wandung vollkommen glatte Exemplare kommen selten zur Beobachtung. Sehr häufig findet man denjenigen Theil der vorderen Wand, dem die Sehne unmittelbar anliegt, verdickt, oder er trägt stellenweise verdickte Partien an sich, während der dorsale Theil der vorderen Wand, dort wo die Reibung der Sehne fehlt, solche Veränderungen nicht zeigt. Es handelte sich in solchen Fällen, wie die microscopische Untersuchung ergab, um leichte hypertrophische Veränderungen im Periost, häufiger mit hyaliner Degeneration der hypertrophischen Schichten; das Endothel fehlte theils, theils war es mehrschichtig gewuchert. Dementsprechend waren auch an der Sehne ähnliche Vorgänge nachweisbar. R. hält diese Befunde für den Ausdruck der durch jahrelange Inanspruchnahme des Schleimbeutels gegebenen Reizung und glaubt vermuthen zu dürfen, dass sie ab und zu mit Schmerzen verbunden sind und das Bild der Achillodynie ohne localen Befund liefern, wie R. dieses thatsächlich klinisch zu beobachten Gelegenheit hatte.

Bei Fortdauer des Reizes auf die tieferen Schichten wuchert das Periost ganz irregulär, ebenso treten Wucherungen der darunter liegenden Knochensubstanz in Form von kleineren oder grösseren Hyperostosen auf, die an sich wieder den chronischen Reiz im Schleimbeutel erhöhen und zu secundär entzündlichen Processen führen können. In den hypertrophischen Periostzonen kommt es sogar zu wirklicher Verknöcherung durch Einlagerung von Kalksalzen in ein homogene Structur darbietendes Grundgewebe, in welchem die Bindegewebskörperchen knorpelähnlichen Character annehmen, ja von wirklichen Knorpelzellen oft kaum zu unterscheiden sind. Die seitliche und obere Kapselwand zeigt ebenfalls Verdickung; auch findet man manchmal zottenähnliche Wucherungen. Der viscide Inhalt fand sich einige Male entschieden vermehrt. R. stellt diesen Process in gleiche Linie mit der Arthritis

deformans der Gelenke und schliesst namentlich aus der Uebereinstimmung seiner Befunde mit dem in einem klinischen Falle durch Operation gewonnenen, dass die beschriebenen Veränderungen in vivo die Erscheinungen der Achillodynie hervorrufen können.

Gewiss ist auch die Entwicklung der „Bursitis deformans" im Anschluss an acute traumatische oder infectiöse Entzündungen des Schleimbeutels möglich; am Objecte werden gröbere Verwachsungen mit grosser Wahrscheinlichkeit einen acut abgelaufenen Process vermuthen lassen, welche Annahme durch die microscopische Untersuchung einige Male bestätigt wurde. Je nach Grad und Alter des stattgehabten acut entzündlichen Vorganges fand sich die grösstentheils endotheliale Höhle eingeengt, eingeschlossen in schwieliges, theilweise hyalin degenerirtes Narbengewebe; in einem Falle erreichte die Höhle kaum noch Erbsengrösse, andere Male war dieselbe durch Verwachsungen und Bindegewebsstränge in mehrere kleine Höhlen getheilt. In Fällen jüngeren Datums liess sich in dem verdickten Periost und Peritendinum reichliche Vascularisation nachweisen. Die Gefässwände selbst erschienen verdickt, und ihre Umgebung zeigte sehr zahlreiches jüngeres Bindegewebe. Solche Ausgänge acuter Entzündung, resp. deren Fortdauer als chronische Entzündung glaubt R. bestimmt in 7 Fällen annehmen zu können. Es dürfte nach Rössler keinem Zweifel unterliegen, dass die entsprechenden Individuen bei Lebzeiten einmal das acute oder chronische Bild der Achillodynie darboten.

Wiesinger (3) stellt die tuberculöse Erkrankung der Bursa subachillea als symptomatische Achyllodynie den gewöhnlichen Fällen dieser Affection gegenüber. Ihre Ursache scheint fast immer in einer diffus-käsigen Ostitis des hinteren Abschnittes des Calcaneus begründet zu sein. Es ist dies um so bemerkenswerther, als diese diffus-käsigen Ostitiden des Fersenbeins oft lange Zeit bestehen und weite Verbreitung erlangt haben können, ohne dass ein Symptom auf die bestehende Knochenerkrankung hinwiese, wenn nicht die tuberculös erkrankte Bursa und die dadurch bedingte Anschwellung einen Fingerzeig böte. Dabei handelt es sich, soweit W.'s Erfahrungen reichen, für gewöhnlich wenigstens nicht um einen Durchbruch der tuberculösen Producte in die Bursa; dieselbe wird vielmehr durch die Nachbarschaft des tuberculösen Gewebes inficirt, ist aber in sich völlig abgeschlossen. So kann die käsige Ostitis des Calcaneus bei der Exstirpation der tuberculösen Bursa übersehen werden. Es ist nach W. in diesem Falle dringend nothwendig, die Achillessehne ganz zu durchschneiden und den unteren Theil nach ihrem Ansatze zu herunterzuklappen. Man wird auf diese Weise die doch nicht so seltenen tuberculösen Erkrankungen auch der hinteren Abschnitte des Calcaneus, die oft lange Zeit keine nachweisbaren Symptome zu machen pflegen, entdecken und ausräumen können.

V. Orthopädie.

Allgemeines. 1) Ghillini, Cesare, Experimentelle Knochen-Deformitäten. Langenb. Arch. Bd. 52. Heft 4. — 2) Wolff, Julius, Die Lehre von der functionellen Pathogenese der Deformitäten. Ebendaselbst. Bd. 53. Heft 4. — 3) Temmink, C., Was ist Orthopädie? und Wer ist ein Orthopäde? Münster. — 4) Hughes, Lehrbuch der schwedischen Heilgymnastik. Wiesbaden. — 5) Lorenz, Adolf, Vom Instituto ortopedico Rizzoli in Bologna. Wiener klin. Wochenschr. No. 30. — 6) Drobnik, T., Ueber die Behandlung der Kinderlähmung mit Functionstheilung und Functionsübertragung der Muskeln. Zeitschr. für Chir. Bd. 43. S. 473. — 7) Franke, Felix, Ueber Sehnenüberpflanzung. Langenb. Arch. Bd. 52. Heft 1. (F. nähte 2 mal beim paralytischen Klumpfuss nach vorausgegangener Tenotomie der Achillessehne den peripheren Theil der durchschnittenen Sehnen des M. extensor digitorum longus an den Tibialis anticus.) — 8) Milliken, Samuel E., Supplementary notes on tendon grafting and muscle transplantation for deformities following infantile paralysis. New York Record. Nov. 28. p. 771. (M. hat 14 Operationen an 9 Patienten mit verschieden ausgesprochenen Deformitäten nach spinaler Kinderlähmung vollführt. Bemerkenswerth is die 2 mal ausgeführte theilweise und vollkommene Transplantation des Sartorius in die Scheide des gelähmten Quadriceps femoris, sowie der einmal vollführte Ersatz des Triceps brachii durch einen losgelösten Theil des Deltoides.) — 9) Goldthwait, Joel, E., Tendon transplantation in the treatment of paralytic deformities. Boston Journ. No. 2. p. 29. (Dreimal wurde die Sehne des Peroneus longus an die Achillessehne und die des Peroneus brevis an die des Flexor hallucis longus befestigt, zweimal der Tibialis anticus mit dem Peroneus tertius verbunden. In allen Fällen, von denen der eine einen 19jährigen Patienten betraf und ein Jahr lang beobachtet wurde, war eine wesentliche Besserung eingetreten. Die durchtrennte Sehne wurde in einem Spalt der anderen mit Köpernähten befestigt.) — 10) Willard, de Forest, Surgical and mechanical relief for the so-called hopeless paralytic cripples. Med. and surg. Rep. October 17. p. 491. (Zur Beseitigung der Contracturen sind Tenotomien, Myotomien, Osteotomien oder Excisionen auszuführen, denen eine den Verhältnissen anzupassende mechanische Behandlung folgen muss. Ist die Armmusculatur der an der unteren Extremität Gelähmten gut entwickelt, so kann man auch mit ihrer Hülfe eine Fortbewegung der Patienten ermöglichen.) — 11) Townsend, W. R., Results of treatment of rheumatic fibrous ankylosis by brisement forcé. Medic. News. February 1. p. 121. (T. hat unter 11 Fällen, in denen er das Brisement forcé zur Beseitigung fibröser, auf rheumatischer Grundlage beruhender Ankylose anwandte, eine vollständige Heilung nur bei einer Schultergelenksankylose erzielt.)

Wirbelsäule. 12) Reiner, Max, Bemerkungen zum modellirenden Redressement der Halswirbelsäule. Wien. klin. Wochenschr. No. 43. — 13) Hartmann, H., Beitrag zur Behandlung des musculären Schiefhalses. Bruns' Beitr. Bd. 15. Heft 3. — 14) Quervain, F. de, Le traitement chirurgical du torticolis spasmodique d'après la méthode de Kocher. Semaine méd. No. 51. — 15) Anders, Ernst, Eine neue Bearbeitung des Filzes zur Herstellung von Immobilisationsapparaten. Langenb. Arch. Bd. 52. Heft 1. (Nach A. beruhen die ungünstigen, bisher mit dem Filzmieder gemachten Erfahrungen auf seiner mangelhaften Qualität und der bisher üblichen Bearbeitung desselben. Bei der Fabrication des von A. benutzten Filzes werden Hasenfelle verwendet; das Material gewinnt, je mehr dem Rohmaterial Kaninchenhaar hinzugefügt wird,

indem der Filzmacher die wie Daunen aufgewispelten Haufen des Filzmaterials zu möglichst festen Schichten verdichtet, stellt er einen Schlauch her, der ungefähr der Peripherie des ihm eingehändigten Gipsmodells an Grösse entspricht. Das feste Gefüge des Filzes wird durch starkes Walken desselben erreicht. Der fertige Schlauch wird über das Gipsmodell gezogen und mit diesem in heisses Wasser getaucht, wodurch er sich gewaltig zusammenzieht und auf das genaueste die für ihn durch das Modell bestimmte Form annimmt. Im Ofen getrocknet und aufgeschnitten, wird der Filz mit einer Lösung von Gummi lacca in tabulis in Spirit. vin. rectific. bis zum Ueberfliessen getränkt, wieder auf das Modell gespannt und bei gewönlicher Zimmertemperatur getrocknet. Die Oberfläche lässt sich bis zur Spiegelglätte poliren, die Innenfläche wird nur mit Glaspapier ausgerieben, bis sie weissgelb erscheint und sich sammetartig anfühlt.) — 16) Landerer und E. Kirsch, Der Celluloid-Mullverband, eine neue Verbandart. Centralbl. für Chir. No. 29. S. 689. — 17) Vulpius, O., Ueber Krankenpflege und Verhütung der seitlichen Rückgratsverkrümmungen. Zeitschrift für Krankenpflege. Mai-Juni. S. 102. — 18) Pietrzikowski, Ed., Die Bedeutung der Verwendung der gymnastischen Behandlung bei Wirbelsäuleverkrümmungen. Prager Wochenschr. No. 2. S. 11. — 19) Müller, Carl, Zur Behandlung beweglicher Scoliosen. Inaug.-Dissertat. Greifswald. 1895. — 20) Kiliani, Otto G. T., The bicycle for scoliosis. Med. Record. Oct. 31. p. 615. (Nach K. muss bei der Behandlung der habituellen Scoliose das Hauptaugenmerk auf die Uebercorrection der fehlerhaften Stellung und die Uebung der Musculatur in dieser Stellung gerichtet sein. Zu diesem Zwecke erscheint K. besonders geeignet das Bicycle, das durch Verkürzung des einen Handgriffes, Veränderung der Krümmung desselben und Veränderung des Sattels zu dem beabsichtigten Zweck, die Muskeln in der übercorrigirten Stellung des Körpers zu üben, besonders geeignet gemacht wird.) — 21) Fitz, George W., Measurements in spinal curvature. Boston Journ. September 3. p. 230. (Das von F. beschriebene Verfahren der photographischen Messung der Rückgratsverkrümmungen mit Benutzung eines gleichzeitig mit dem Patienten photographirten Netzes ist in Deutschland schon 1893 von Oehler angegeben.) — 22) Bähr, Ferdinand, Zur Entstehung der Scoliosis ischiadica. Centralbl. für Chir. No. 11. S. 241. — 23) Schmidt, Heinrich, Ueber Ischias scoliotica. Deutsche Wochenschr. No. 52. S. 837.

Untere Extremität. 24) Kraske, P., Ueber die operative Behandlung der statischen Schenkelhalsverbiegung. Centralbl. f. Chir. No. 6. S. 121. — 25) Büdinger, Konrad, Lineare Osteotomie des Schenkelhalses. Wien. klin. Wochenschr. No. 32. — 26) Judson, A. B., On the mensuration of the deformity of hip disease. Brit. Journ. April 4. p. 838. — 27) Pearson, C. Yelverton, Report of a successful case of operation for extensive cicatricial deformity of the lower extremity, by Croff's method. Ibidem. Oct. 24. p. 1205. (Ein $4^1/_2$ Jahre altes Kind hatte in Folge einer Verbrennung der Haut des Oberschenkels und der unteren Abdominalhaut eine höchstgradige Flexionscontractur in der Hüfte erworben. Zur Beseitigung derselben wurde zunächst ein Hautlappen aus der gesunden Bauchhaut abgelöst; 3 Wochen später wurde das narbige Gewebe entfernt und durch diesen Hautlappen ersetzt. Den Rest der Wundfläche brachte man durch Transplantation zur Heilung.) — 28) Braun, Heinrich, Ueber Verkrümmungen des Oberschenkels bei Flexionscontracturen im Kniegelenk. Langenb. Arch. Bd. 53. Heft 2. — 29) Scheyer, Alfred, Ueber die Spätresultate der Osteotomie bei Genu valgum. Inaug.-Diss. Berlin. (cf. Geisler, Jahresber. 1895. II. S. 300.) — 30) Krukenberg, Hermann, Ueber künstliche Verlängerung difformer Unterschenkel. Zeitschr. f. orthopäd. Chir. Bd. 4. S. 309. (K.'s in 2 Fällen bisher mit gutem Erfolge geübte Operation zur künstlichen Verlängerung difformer Unterschenkel strebt eine möglichst ausgiebige Durchtrennung des Knochens in der Längsrichtung an. Durch Anlegung zweier getrennter Schnittflächen am Knochen, die vorn im Winkel zusammenstossen, wird die Ausdehnung der Durchtrennung in der Richtung von oben nach unten vermehrt. Es entsteht auf diese Weise ein mittleres, von seiner Umgebung theilweise losgelöstes Stück, an welchem sich bei der Nachbehandlung mit forcirter Extension die benachbarten Knochentheile gegen einander in der Längsrichtung verschieben. Dadurch, dass K. der oberen Durchtrennungslinie des Knochens eine leicht nach unten convexe Form, wie bei der Helferich'schen bogenförmigen Resection, giebt, ist es möglich, dass das mittlere Knochenstück sich auch bei dem Ausgleich von Winkelstellungen dem oberen adaptirt. Die Anpassung wird zugleich dadurch, dass die Knochenenden bei der Durchmeisselung mehr oder weniger einknicken, erleichtert. Die nachträgliche Verlängerung wird begünstigt durch die subcutane Durchtrennung der Achillessehne. In dem einen Falle wurde durch R.'s Verfahren eine Verkürzung von 9 cm auf 2 cm, im zweiten eine Verkürzung von 6 cm auf 1 cm reducirt. Die Verlängerung ist im ersten Falle zum Theil auf die Aufhebung einer Winkelstellung zurückzuführen, während im zweiten Falle die Verlängerung fast ausschliesslich durch Gleiten der Bruchenden nebeneinander erreicht wurde.) — 31) Lorenz, A., Heilung des Klumpfusses durch das modellirende Redressement. Wien. Klinik 11. 12. (Das modellirende Redressement, das L. ev. unter Benutzung eines besonderen Redresseur-Osteoklasten [cf. Jahresber. 1893. II. S. 428.] in der Weise ausführt, dass er zunächst die Adduction des Fusses, dann die Inflexion und schliesslich den Spitzfuss zu beseitigen sucht, strebt danach, in einer Sitzung den deformirten Fuss seiner Federkraft zu berauben; so ist es möglich, denselben während der Anlegung des Verbandes ohne jede Mühe in Uebercorrectur zu erhalten und den durch zu starke Rückfederung begünstigten Decubitus zu vermeiden. An operativer Unterstützung bedarf das modellirende Redressement lediglich der Tenotomie der Achillessehne.) — 32) Vulpius, Oscar, Zur Heilung des angeborenen Klumpfusses. Münch. Wochenschr. No. 21. S. 494. (V. berichtet über günstige Erfolge mit dem „modellirenden Redressement" des Klumpfusses.) — 33) Martin, W. Ross, Tarsal deformities in congenital talipes equinovarus. Med. News. April. 11. p. 397. (M. schildert die grossen Vorzüge der Wolff'schen Methode der Behandlung des angeborenen Klumpfusses mit dem portativen Etappenverbande vor allen anderen Verfahren zur Beseitigung dieses Uebels. Die Arbeit enthält den Bericht über 10 eigene, nach Wolff's Vorschriften behandelte Patienten im Alter von $4^1/_2$—12 Jahren. Die erhaltenen Resultate sind, wie dies auch die beigefügten Abbildungen erweisen, vortrefflich.) — 34) Gutsche, Ueber Klumpfüsse und Klumpfussbehandlung in der Kgl. Universitätsklinik des Herrn Prof. Dr. v. Bramann zu Halle a. S. Inaug.-Diss. Halle. (Unter den 25 Fällen von Klumpfüssen, die Gutsche zusammenstellt, waren 15 congenitaler, 6 paralytischer, 3 traumatischer und 1 rachitischer Natur. Es wurden mit Gypsverband behandelt 3, mit Redressement forcé 6, mit Tenotomie 15, mit der Phelps'schen Operation 3, mit der Talusexstirpation 2, mit Keilexcision 2 Fälle. Die Resultate waren mit Ausnahme eines Falles bei einem 2jährigen, mit Redressement forcé behandelten Kinde, das der Nachbehandlung entzogen wurde, gute.) — 35) Sayre, Lewis A., The early menagement of congenital clubfoot. New York Record. April 11. p. 896. — 36) Kirmisson, E., Anatomie patho-

logique et traitement du pied bot varus équin congénital. Gaz. de Paris. No. 42 u. 43. p. 489. — 37) Rochard, E., Pied bot varus équin chez l'adulte, traité par l'exstirpation de l'astragale, du scaphoïde, du cuboïde et des deux tiers anterieurs du calcaneum. Guérison Bull. de Chir. Séance du 22. juillet. p. 616. (R. vollführte die ausgedehnte Tarsectomie bei einem 19jährigen Patienten mit angeborenem rechtseitigem Klumpfuss. Der Fuss hatte, als der Kranke nachher mit der Planta aufzutreten vermochte, an der Aussenseite gemessen, eine 5 cm gegenüber der gesunden Seite betragende Längenreduction.) — 38) Hüls, Eine Klumpfuss-Operation mit Hindernissen. Zeitschr. f. pract. Aerzte. No. 17. S. 543. — 39) Forgue, E., Thérapeutique chirurgicale des pieds bots. Nouveau Montpellier méd. No. 6. p. 400. Gaz. hebdom. No. 84. p. 997. — 40) Boquel, A., Le redressement forcé et la tarsoclasie dans le traitement du pied bot chez l'enfant. Gaz. hebdom. No. 56. p. 661. — 41) Krauss, Reinhold, Ueber die Resultate der Behandlung congenitaler Klumpfüsse in der chirurg. Universitätspoliklinik zu Berlin in den Jahren 1888—1894. Inaug.-Diss. Berlin. (Von 265 in den Jahren 1888—1894 wegen congenitalen Klumpfusses in der Berliner chirurgischen Universitätspoliklinik behandelten Fällen hatten sich auf K.'s Aufforderung zur Wiedervorstellung nur 46 eingefunden; dieselben waren in schweren Fällen event. mit der Phelps'schen Durchschneidung, der Tenotomie der Achillessehne und der Durchschneidung der Plantarfascie behandelt worden; ausserdem waren Massage und redressirende Uebungen, in letzter Zeit das forcirte Redressement in Narcose mit nachfolgenden Gypsverbänden geübt worden. Heilung war erzielt in 45 pCt., nahezu vollkommene Heilung in 17 pCt., Besserung in 12 pCt., ein sehr mangelhaftes Resultat in 9 pCt.: ein Klumpfuss ersten Grades bestand noch in 17 pCt.) — 42) Tubby, A. H., A method of examining club foot. Lancet. Jan. 18. p. 156. — 43) Barwell, Richard, On various forms of talipes as depicted by X-rays. Ibid. July 18 ff. p. 160. (B. bespricht den Werth der Röntgenphotographie für die Beurtheilung und Behandlung der Fussdeformitäten. So vermochte B. in einem Falle von Pes equinus nachzuweisen, dass das Haupthinderniss für die Geraderichtung in der veränderten Gestalt des Talus liege und dementsprechend ein keilförmiges Stück aus dem Talushalse zu reseciren.) — 44) Thorndicke, Aug., The treatment of club foot. Boston Journ. No. 11. p. 254. — 45) Gill, R. Martin, A new instrument for treating deformities of the human foot. Lancet. May 23. p. 1424. — 46) Bradford, E. H., On the compression of the front of the feet. Boston Journ. Octbr. 29. p. 434. — 47) Tubby, A. H., Metatarsal neuralgia or Morton's disease. Brit. Journ. Oct. 17. p. 1095. — 48) Henneberg, Hermann, Arthrodesen im Talocruralgelenk bei paralytischen Contracturen und Lähmungen. Inaug.-Diss. Berlin. (H. berichtet über 4 Fälle von Arthrodese im Fussgelenk aus der v. Bergmann'schen Klinik. In dem 1. Fall wurde bei einem $8^1/_2$jährigen Mädchen wegen eines paralytischen Schlottergelenks am linken Fuss die Arthrodese im Talocrural- und im Talocalcanealgelenk vollführt. Nach 9 Wochen constatirte man eine feste knöcherne Ankylose. Patientin ging in einem Schnürschuh, dessen Seiten durch eingenähte Stahleinlagen versteift waren, gut. Bei der 2. $15^1/_2$ Jahre alten Kranken wurde wegen eines rechtsseitigen paralytischen Pes equinus die Arthrodese nach Wladimiroff-Mikulicz vollführt. Bei der Entlassung nach 3 Monaten bestand eine feste Ankylose und ging die Pat. gut im Schienenstiefel. Die folgende $17^1/_2$jährige Patientin, bei der wegen eines paralytischen Schlottergelenks im rechten Fuss die Arthrodese im Talocruralgelenk zur Ausführung kam, zeigte 4 Monate nachher noch keine feste Consolidation und ist zur Zeit der Publication noch in Behandlung. Ein paralytisches Schlottergelenk der linken Hüfte, eine Flexionscontractur im linken Kniegelenk und ein paralytischer Spitzfuss war bei der letzten 20jährigen Kranken die Veranlassung, zu gleicher Zeit an demselben Beine die typische Operation nach Wladimiroff-Mieulicz und die Resectio genu auszuführen. Bis zur Publication, 5 Monate nach der Operation, ist noch keine Ankylose im Fussgelenk eingetreten.) — 49) Isnardi, L., Behandlung des paralytischen Klumpfusses mittelst Osteoplastik, verbunden mit Arthrodese. Centralbl. f. Chir. No. 12. S. 265. — 50) Eichenwald, A., Der Plattfuss, dessen Formen, sein Zusammenhang mit dem Schweissfuss und der Einfluss beider auf die Marschfähigkeit und Diensttauglichkeit des Soldaten. Wien. — 51) Kirsch, E., Die heutige Lehre vom Plattfuss. Württemb Corresp.-Bl. No. 29. S. 225. (K. benutzt beim Plattfuss mit Erfolg Sohlen aus Celluloid. Dieselben sind leicht, elastisch und in kürzerer Zeit herstellbar als die metallenen, da sie sich in heissem Wasser sehr leicht verarbeiten lassen. Celluloid wird von der Fabrik in Platten von 1,5 mm Stärke bezogen. In dieser Dicke reicht seine Tragfähigkeit für Frauen und Kinder aus; für Männer empfiehlt sich zur Verstärkung eine Drahtunterlage, welche mittelst Aceton — dem Lösungsmittel für Celluloid — untergeklebt wird. Von der Sohle des Plattfusses wird ein Gypsabguss genommen, der je nach der Redressionsfähigkeit des Fusses an der Stelle der inneren Wölbung mehr oder weniger ausgeschnitten wird; über diesem Modell wird die zugeschnittene Celluloidplatte geformt. Durch allmälige, in gewissen Zeiträumen erfolgende Erhöhung ihrer Wölbung kann eine stetige Erhebung des Fussgewölbes erreicht werden.) — 52) Vulpius, Oscar, Ein Fall von Pes malleus valgus. Münch. Wchnschr. No. 35. (V. beobachtete bei einer Frau, die in ihrem zweiten Lebensjahre erfolgreich wegen eines beiderseitigen Klumpfusses behandelt worden war, die von Nicoladoni [cf. Jahresber. 1895. II. S. 301] unter der Bezeichnung Hammerzehenplattfuss beschriebene Deformität. Das Metatarso-phalangealgelenk der grossen Zehe war in rechtwinkliger Stellung fixirt. Die Grundphalanx war auf die Plantarfläche des Metatarsalköpfchens luxirt; das letztere war verlängert und verdickt, prominirte stark und war von einer Schwiele mit darunterliegendem Schleimbeutel bedeckt. Das zweite Grosszehengelenk war dagegen übermässig gestreckt, so dass es mit der Grundphalanx einen nach oben geöffneten rechten Winkel bildete und mit der ganzen Plantarfläche am Boden aufruhte. Der Fuss selber präsentirte sich als ausserordentlich hochgradiger und knöchern fixirter Plattfuss.) — 53) Redard, P., Du traitement du pied creux. Gaz. de Paris. No. 23 und 25. (R. benutzt zum Redressement besonders hochgradiger Fälle von Hohlfuss einen von ihm construirten Tarsoklasten. Hacke und Vorderfuss werden durch auf einer Holzplatte befestigte verstellbare gepolsterte Stützen fixirt. Entsprechend dem Mittelfuss befindet sich an derselben Holzplatte ein verschieden einstellbarer hufeisenförmiger Bügel, der unter seiner Mitte eine mit Filz gepolsterte Pelotte trägt, bestimmt, mittelst einer Schraube gegen die am meisten gewölbten Theile der Fusswurzel und des Mittelfusses zu drücken. Das Redressement mit diesem Apparat geschieht in Narcose in einer oder in mehreren Sitzungen. Leisten die Weichtheile starken Widerstand, so empfiehlt R. zunächst in der Fusssohle die Haut, die Plantaraponeurose, sowie die verkürzten Muskeln und Sehnen zu durchtrennen und unmittelbar darauf den Apparat zur Anwendung zu bringen. Auf die Correction folgt die Application eines gut gepolsterten Gypsverbandes, der etwa einen Monat lang liegen bleibt. Besteht dann noch eine leichte Deformität, so wiederholt man das Verfahren. In 5 Fällen bei Patienten im Alter von 12 bis 18 Jahren hat R. trotz des Vorhandenseins starker Verbildungen am Skelett volle Heilung auf diesem Wege

nach einmaliger Anwendung des Tarsoklasten erzielt.) — 52) Aievoli, Eriberto, Hallux valgus in rapporto alla statica ed alla mecanica del piede. Arch. di ortop. Bd. 12. H. 4. — 53) Delbet, Hallux valgus bilatéral traité par la résection sémi-articulaire et la vaginoplastie artificielle. Bull. de Chir. Séance du 26. fevrier. p. 181. (D. resecirte einen kleinen, auf der inneren Seite dickeren Theil des Metatarsalköpfchens und verlagerte danach die Sehne des Extensor hallucis an die Innenseite des Metatarsophalangealgelenkes, wo er ihr aus einem abgehobenen Periostlappen eine künstliche Scheide bildete.)

In der neuen ausführlichen Darlegung seiner Lehre von der functionellen Pathogenese der Deformitäten unterzieht J. Wolff (2) zunächst die bisher als die Grundlage aller Anschauungen über die Entstehung fehlerhafter Knochenformen angesehen gewesene sog. „Drucktheorie“ einer erneuten Besprechung.

Nach dieser Theorie sollte an der einen Seite des deform werdenden Knochens durch abnorm vermehrten Druck Knochenschwund, an der anderen durch Druckentlastung vermehrte Knochenneubildung geschehen.

Dem gegenüber ergiebt es sich auf Grund der Culmann'schen Entdeckung der mathematischen Bedeutung des Knochenbaues, dass bei pathologischen Abänderungen der Belastung eines Knochens vielmehr an seinen beiden Seiten unmittelbar neben einander sowohl Schwund, als auch Anbildung sich geltend machen.

An der concaven Seite des sich krümmenden Knochens, der Seite des vermehrten Druckes, der Seite, an welcher die Druck- und Zugspannungen einen höheren quantitaven Werth haben, ist die Anbildung das Vorwiegende; an der convexen Seite, der Seite der abnormen Druckentlastung, der Seite, an welcher die Schubspannungen einen höheren, die Druck- und Zugspannungen aber einen geringeren Werth haben, überwiegt der Schwund. Beide Male muss also gerade das Gegentheil von demjenigen sich als das Vorwiegende geltend machen, was die Drucktheorie als das ausschliesslich an der betreffenden Seite Geschehende ansah.

Die Richtigkeit dieser mathematischen Betrachtung ist durch die Uebereinstimmung der anatomischen Verhältnisse mit dem mathematischen Postulat festgestellt.

Bei allen Knochenverkrümmungen sieht man, dass, welche der von einander sehr verschiedenen Ursachen auch den einzelnen Krümmungen zu Grunde liegen mag, ob es sich also um eine schief geheilte Fractur oder um eine rachitische Verkrümmung, um eine winklige Ankylose oder um eine Deformität im „engeren Sinne“ dieses Wortes (v. Volkmann) handelt, stets an der concaven Seite der betreffenden Knochen Verdickungen der Corticalis und Verdichtungen der Spongiosa, an der convexen Seite dagegen Verdünnungen der Corticalis und Auflockerungen der Spongiosa zur Erscheinung kommen.

Hierzu kommt, dass bei der Entstehung der Deformitäten vielfach Höhenreductionen und vermehrte Höhenzunahmen der Knochen sich geltend machen, für deren Erklärung die Drucktheorie aus dem einfachen Grunde sich als unrichtig erweist, weil Druck und Druckentlastung bei denselben überhaupt gar nicht in Betracht kommen. Dies weist W. durch genaue Feststellungen bezw. Messungen an den Processus transversi der Wirbel und an den Rippen des scoliotischen Thorax ausführlich nach.

Ebenso führen die klinischen Betrachtungen, und zwar an einem grossen Theil der congenitalen Deformitäten, an allen bei beständig bettlägerigen Kranken entstehenden Deformitäten, an den in Folge von Caput obstipum entstehenden Schädeldeformitäten u. dergl. m. zur Erkenntniss der Irrthümlichkeit der Drucktheorie.

Der Nachweis der Uebereinstimmung der thatsächlichen anatomischen Verhältnisse mit dem mathematischen Postulat war grundlegend gewesen für die Aufstellung der W.'schen Lehre von der functionellen Knochengestalt.

Soweit derselbe Nachweis jener Uebereinstimmung die äussere Form der Knochen betrifft, ist er zugleich ebenso grundlegend für die einen Theil der allgemeinen Lehre von der functionellen Knochengestalt bildende Lehre von der functionellen Pathogenese der Deformitäten.

Indem gezeigt werden konnte, dass bei fehlerhafter statischer Beanspruchung eines Körpergliedes auch an der Oberfläche der Knochen dieses Gliedes — je nach der Oertlichkeit und dem quantitativen Werthe der durch die veränderte Beanspruchung abgeänderten Druck-, Zug- und Schubspannungen — die Neubildung grösserer, mit zweckentsprechender Architectur versehener Knochenpartien an einzelnen und der Schwund grösserer Knochenpartien an anderen Stellen vor sich gehen, war damit zugleich dargelegt worden, in welcher Weise die Deformitäten entstehen. Denn die betreffenden Transformationen an der Oberfläche stellen eben dasjenige dar, was wir in der Chirurgie eine Deformität im engeren oder weiteren Sinne des Wortes nennen.

Sind hiernach die Deformitäten nichts anderes, als das Ergebniss der Anpassung der äusseren Knochenformen an eine fehlerhafte Beanspruchung eines Körpergliedes, so folgt daraus, dass die Deformitäten gar keine krankhaften Bildungen im Sinne der bisherigen Autoren sind.

Nur die abgeänderte Inanspruchnahme und damit die abgeänderte mechanische Function, bezw., wenn es sich im Wesentlichen um eine von oben her wirkende Beanspruchung auf Druck- oder Biegungsfestigkeit handelt, die abgeänderte Grösse und Oertlichkeit der Belastung des Körpergliedes, dem die betr. Knochen und Gelenke angehören, ist bei der Deformität krankhaft. Die Form der Knochen und Gelenke des betreffenden Körpergliedes dagegen ist, so sehr sie auch von der Norm abweicht, doch keineswegs krankhaft. — Sie ist vielmehr eine für die krankhafte Beanspruchung bezw. Belastung des Gliedes zweckmässige Form; ja sie ist die für die jedesmalige Art der krankhaften Beanspruchung einzig und allein zweckmässige Form. Sie ist die einzige Form, mittelst welcher die Knochen und Gelenke in den Stand gesetzt werden, wiederum, wie nach Culmann

im normalen Zustand, so auch hier unter abnormen Verhältnissen, „mit dem geringsten Materialaufwand die grösstmögliche Kraftleistung“ zu entfalten, mittelst welcher sie also dazu befähigt werden, trotz ihrer und des betr. Körpergliedes Verkrümmung und trotz ihrer und des betr. Körpergliedes mit der Verkrümmung einhergehenden fehlerhaften Beanspruchung weiter als Stützorgane dieses Gliedes zu functioniren.

Zur speciellen anatomischen Begründung dieser functionellen Pathogenese der Deformitäten führt W. neue Beweise an Präparaten von Genu valgum und von Scoliose herbei. Bei Genu valgum finden sich an der Tibia die folgenden als Beweis dieser Pathogenese der Deformität besonders wichtigen Transformationen der äusseren Gestalt: 1) veränderte Winkelstellung der Seitenränder des oberen Diaphysenendes der Tibia zur oberen Gelenkfläche; 2) Concavität der Knochenoberfläche in der Gegend der Grenze zwischen Epiphyse und Diaphyse an der lateralen Seite; 3) viel mehr als normale Convexität der entsprechenden Stelle der medialen Seite; 4) geradliniger Verlauf der lateralen und medialen Seitenwand der Diaphyse in der Gegend der unteren Grenze der Spongiosa des oberen Knochenendes.

Was die Scoliose betrifft, so hatte es sich aus den oben erwähnten Untersuchungen der Proc. transversi und der Rippen ergeben, dass diese Querfortsätze und Rippen sich den in Folge der zusammengehockten Haltung des Brustkorbes veränderten Raumverhältnissen bezw. den den Raumverhältnissen genau entsprechend abgeänderten Beanspruchs- oder Functionsverhältnissen anpassen, und dass die Anpassung an den Raum dasselbe besagt, wie die Anpassung an die Function.

Daraus folgt, dass ebenso wie Querfortsätze und Rippen, auch der scoliotische Keilwirbel seine Keilgestalt einfach durch Anpassung an den bei fehlerhafter Thoraxhaltung verkleinerten concavseitigen und vergrösserten convexseitigen Raum, bezw. an die dadurch veränderte mechanische Beanspruchung seiner einzelnen Theile, also lediglich durch den „trophischen Reiz der Function“ gewinnen kann.

Die alte der Drucktheorie entsprechende Auffassung, dass der scoliotische Wirbelkörper an der concaven Seite einen Schwund erleidet, und nach welcher dieser Schwund die Ursache der concavseitigen Höhenreduction sein soll, ist hiernach ganz unrichtig. Die concavseitige Wirbelkörperhälfte gewinnt vielmehr thatsächlich an Ausdehnung, während an der convexen Seite eine starke Porosität der Spongiosa eintritt, wie dies schon Hoffa bezw. Nicoladoni nachgewiesen haben, und wie dies an den von W. abgebildeten Präparaten von scoliotischen Keilwirbeln ersichtlich ist.

Wie die Verhältnisse der Querfortsätze, der Rippen und des Keilwirbels, so sind auch sämmtliche übrigen Erscheinungen der Torsion der scoliotischen Wirbelsäule nichts anderes, als der Ausdruck der functionellen Anpassung des Thorax an die zusammengehockte Haltung desselben.

Alle Betrachtungen der Torsion zeigen aufs Neue, dass auch am scoliotischen Thorax überall an der Oberfläche und im Inneren der Knochen die Knochensubstanz, wie es das Gesetz der Transformation der Knochen verlangt, stets da schwindet, wo sie durch die veränderten statischen Verhältnisse functionell überflüssig geworden, und dass sie sich stets da neu bildet, wo sie durch dieselben Verhältnisse functionell erforderlich geworden ist.

Drobnik (6) schildert an der Hand von 16 eigenen Operationen das von ihm bei der Kinderlähmung geübte Verfahren der Functionstheilung und Functionsübertragung der Muskeln.

Es ist bei vielen Kindern sehr schwer, durch electrische Untersuchung festzustellen, welche Muskeln total functionsunfähig sind und welche noch functionstüchtig werden können. Eine klare Uebersicht über diese Verhältnisse kann man nach Drobnik nur mit dem Auge gewinnen. Dazu ist vor allem ein genügender Schnitt nöthig, der die Bäuche der in Frage kommenden Muskeln aufdeckt; man sieht dann in jedem Falle schon an der Farbe, ob die Muskeln normal, ganz gelähmt oder nur durch Inactivität atrophisch sind. Die Farbe der ersteren ist dunkelroth, die der zweiten wachsgelb, der dritten rosaroth. Zur Functionstheilung können selbstverständlich nur die vollständig normalen Muskeln verwandt werden. Drobnik konnte sich in einigen Fällen davon überzeugen, dass atrophische Muskeln, die nur Spuren von electrischer Erregbarkeit sehr undeutlich zeigten, nach gelungener Functionstheilung oder Functionsübertragung wieder in Action traten und ihrerseits sehr viel zur Erzielung eines guten Resultates beitrugen. Bei der Trennung des Munkelbauches muss man mit der grössten Vorsicht stumpf vorgehen und sich genau an die natürliche Gruppirung der Muskelfasern halten, um die Muskelnerven, die öfters unter das Messer kommen, zu schonen. Hat man die Trennung des Muskelbauches vollzogen, so beobachtet man noch den Verlauf der Muskelfasern der einzelnen Portionen, um die passendste zur Uebertragung zu wählen. Man wird z. B., um einen Peroneus mit einem Theile des M. extensor hallucis long. zu versehen, dazu die medial liegende Portion wählen, während die laterale im Zusammenhange mit ihrem Ansatze gelassen wird. Die Trennung der Sehne geschieht von dem Muskelbauche aus. Die Länge des abzutragenden Sehnensegmentes bestimmt man nach dem Augenmaasse oder mit einem Seidenfaden. Das zu überpflanzende Muskelsehnenstück zieht Drobnik in der Höhe des Ueberganges der Muskelbäuche in die Sehnen unterhalb derselben zu seinem Bestimmungsorte. Dies Vorgehen complicirt zwar ein wenig die Operation, sichert aber nach Drobnik's Ansicht die Ernährung des Muskelsehnenstückes. Die Befestigung desselben geschieht in der Weise, dass Drobnik die Sehne des gelähmten Muskels stark vorzieht und damit die Extremität in hypercorrigirte Stellung bringt. Das zu überpflanzende Muskelsehnenstück wird gleichmässig stark gedehnt, damit es dem Zustande der Erschlaffung des Muskels entspreche. Dann wird die Sehne des gelähmten Muskels an einem Rande angefrischt oder aufgeschlitzt, und die zu überpflanzende mit mehreren feinen Seidennähten in

genügender Ausdehnung in den Schlitz eingenäht oder an den angefrischten Rand angeheftet. Die erste Naht wird an der Stelle des Ueberganges des Muskelbauches in die Sehne gemacht. Nachdem die Befestigung vollführt ist, zieht D. die Fascie mit mehreren Seidennähten lose zusammen und lässt eine einfache Hautnaht folgen. Lässt man nach beendeter Operation das Glied frei, so sieht man, dass die hypercorrigirte Stellung bedeutend nachlässt.

Die in der Anwendung von Electricität, Massage, activen und passiven Bewegungen bestehende Nachbehandlung erfordert viel Sorgfalt. Als eine für alle Fälle anfangs anwendbare äussere Stütze der neu geschaffenen, noch schwachen Gleichgewichtsmuskeln gegenüber ihren meistens hypertrophischen Gegnern benutzt Drohnik weiterhin einen elastischen Heftpflasterverband. Dieser besteht aus einem 4 cm langen Stück gewirkter Gummiborde und aus darangenähten Heftpflasterstreifen. Ein Heftpflasterstück wird um den Fuss gewickelt, während man das andere unter entsprechendem Anziehen des elastischen Bandes nach Bedarf an der inneren oder äusseren Seite des Unterschenkels anheftet. Später können leicht und genau gearbeite Apparate zur Anwendung kommen.

Wie Reiner (12) berichtet, wurde in der Albert'schen Klinik bei einem 16jährigen Patienten mit einem rechtsseitigen seit der Geburt bestehenden musculären Schiefhals nach vorausgeschickter offener Tenotomie des contracten Musc. sternocleidomastoideus in Narcose mit reinem Chloroform das modellirende Redressement nach den Vorschriften von Lorenz (cf. Jahresbericht. 1891. II. S. 402) ausgeführt. Man war schon fast am Ziele, als der Patient plötzlich zu athmen aufhörte, nachdem er schon mehrere Minuten kein Chloroform mehr erhalten und bereits Brech- und Abwehrbewegungen gemacht hatte. Nach erfolgreicher künstlicher Respiration ging man an die Vollendung des Redressements und hatte bereits einige Bindentouren zur Fixirung der übercorrigirten Stellung angelegt, als die Athmung neuerdings sistirte, obwohl der Patient seit dem ersten asphyctischen Anfalle nicht mehr chloroformirt worden war. Der Patient ging trotz künstlicher Athmung, Herzmassage u. s. w. zu Grunde. Die Obductionsdiagnose lautete auf Status thymicus. Es erschien wohl möglich, dass die grossen Halsgefässe durch die seit der Geburt getragene erhebliche Difformität des Halses solche Verkürzungen oder Dislocationen erlitten hatten, dass die Correctur der falschen Stellung direct zu einer Kreislaufsstörung in diesen Gefässen führen konnte, sei es durch Compression oder durch Abknickung oder durch Elongation resp. einen anderen Modus des Gefässverschlusses.

Es gelang nun in der That, den experimentellen Nachweis für die supponirte Kreislaufsunterbrechung in den grossen Halsgefässen zu erbringen. In die Brustaorta der Leiche wurde zu diesem Behufe eine entsprechend weite Canüle eingebunden, und nun durch dieselbe centralwärts in die Aorta ein Strom von 0,6 proc. Kochsalzlösung unter dem (nahezu) constanten Injectionsdruck von 120 mm Hg eingeleitet, nachdem vorher alle Nebenwege abgesperrt worden waren. — Nur durch die Carotiden und Vertebrales konnte sich der Flüssigkeitsstrom ergiessen. Die Leiche war weiterhin noch derart vorbereitet, dass nach Abnahme des Schädeldaches und Entfernung des Gehirns die Stümpfe der Carotiden und Vertebrales möglichst weit hervorstanden. Aus diesen Stümpfen spritzte die Flüssigkeit im mächtigen Bogen, so lange der Schädel, sich selbst überlassen, in seiner ursprünglichen Lage verharren konnte. Als man nun aber die Halswirbelsäule in derselben Weise umkrümmte, wie es in vivo geschehen war, sistirte plötzlich der Strahl, der aus der Arteria carotis der kranken Seite abgeflossen war, und ebenso sistirte, als in cadavere auch die Rechtsdrehung corrigirt wurde, auch das Abströmen aus der Carotis der gesunden (linken) Seite. Der Strahl aus der Vertebralarterie der gleichnamigen (linken) Seite wurde so sehr abgeschwächt, dass die Flüssigkeit langsam und in sehr verminderter Menge abtropfte. Damit war der Beweis für die Annahme erbracht, dass in dem vorliegenden Falle die Correctur der falschen Stellung des Kopfes zu einer bedeutenden Störung des Hirnkreislaufes geführt hatte. R. empfiehlt demnach bei Erwachsenen das modellirende Redressement nicht auf einmal, sondern etappenweise zu Ende zu führen.

Hartmann (13) hat es sich zur Aufgabe gemacht, festzustellen, welchen Dauererfolg die in der Rostocker chirurgischen Klinik in den Jahren 1879 bis 1894 geübte Behandlungsmethode des musculären Schiefhalses erzielt hat. Vor 1885 kam die subcutane Durchschneidung der sich spannenden Stränge auf der afficirten Halsseite stets, nachher nur ausnahmsweise, zur Ausführung, um von dieser Zeit an durch die Methode der offenen Durchschneidung ersetzt zu werden. Nach dem operativen Eingriff — und zwar in der Regel vom 6. Tage an — wurde von der bekannten Diefenbach'schen Halscravatte, Nachts von der Extension des Kopfes durch Gewichte Gebrauch gemacht. Vielfach auch sind die Patienten, sobald die Wunde vernarbt war, zweimal täglich 10 Minuten bis 1/2 Stunde lang suspendirt worden. Bei der Entlassung wurde ihnen die Weisung ertheilt, die in der Klinik erlernte Nachbehandlung zu Hause fortzusetzen.

Ein Drittel der 22 Patienten ist, wie die Nachuntersuchungen ergaben, geheilt worden, ein Siebentel so gebessert, dass man mit ihrem Zustande vollauf zufrieden sein konnte. Die Uebrigen sind ungeheilt. Der Heilerfolg war dabei weder von dem Alter der Kranken, noch von der Dauer des Schiefhalses abhängig. Beide schwankten bei den Geheilten zwischen 1 und 15 Jahren, bei den Nichtgeheilten zwischen 1 und 20 Jahren.

Die subcutane Tenotomie hat das Gleiche zu leisten vermocht, wie die offene. Für die Aufrichtung des Kopfes und die Geradestreckung der Wirbelsäule hat in allen leichten Fällen die orthopädische Behandlung vollkommen ausgereicht. Dieselbe wirkte besonders gut, wo sie bald nach dem operativen Eingriff begann und genau geübt wurde. In mittelschweren Fällen ist die gewöhnlich zur Ausführung gekommene Behandlung niemals im Stande gewesen, eine dauernde Heilung zu

erzielen. Höchstens hat sie eine Besserung herbeigeführt, welche der vollen Genesung nahe kommt.

Nur ein Schiefhals dieser Art ist tadellos geheilt. Hier war ein aussergewöhnliches Verfahren der Tenotomie auf dem Fusse gefolgt, die Umkrümmung der Cervicalscoliose. Wo die Heilung dieser Belastungsdeformität der Wirbelsäule während der ärztlichen Behandlung nachweislich versäumt wurde, ist sie nur ausnahmsweise noch später eingetreten. Man sei auf sie unmittelbar nach dem Eingriff bedacht und entlasse die Kranken nicht, bevor das Ziel erreicht ist. Der Kopfnicker hat oft im Laufe der Zeit seine den Schiefhals verursachenden Eigenschaften wiedererlangt, ja erwies sich später zuweilen hochgradiger verändert als zur Zeit der Tenotomie. Dadurch ist in gewissen Fällen von Neuem ein so schwerer Schiefhals erzeugt worden, dass der Wunsch berechtigt erschien, man möchte seiner Zeit den Kopfnicker ganz fortgenommen haben, wie das neuerdings von Mikulicz angeregt worden ist.

In den 12 von de Quervain (14) zusammengestellten, durch Kocher operativ behandelten Fällen bestand niemals ein allein auf den Kopfnicker beschränkter Krampfzustand; vielmehr waren stets gleichzeitig die Nackenmuskeln afficirt. So war 8 mal bei starker Rotation des Kopfes der Sternocleidomastoideus zusammen mit der Cervicalmusculatur der entgegengesetzten Seite ergriffen, 3 mal combinirte sich ein Krampf der beiderseitigen Nackenmuskeln mit einem solchen des einen Kopfnickers, was zu Rotation und starker Rückneigung des Kopfes Veranlassung gab. Endlich war in einem Falle eine starre Contraction des linken Sternocleidomastoideus und der linken Nackenmusculatur combinirt mit einem mässigen Krampfzustand des rechten Kopfnickers, wodurch eine leichte Neigung des Kopfes nach links, eine leichte Ueberstreckung desselben, verbunden mit Rotations- und Streckbewegungen bedingt war. Krämpfe der Hals- und Nackenmusculatur auf derselben Seite kamen unter K.'s Fällen nicht vor. Zweimal hatten angeblich geistige Ueberanstrengung, einmal die Menopause, einmal ein Furunkel am Nacken und zweimal Erkältungen die Veranlassung zur Entstehung des Krampfzustandes gegeben, den Verf. auf functionelle Störungen im Bereiche des für die Rotation des Kopfes bestimmten Rindencentrums zurückführt.

Kocher's Operationsverfahren macht es sich zur Aufgabe, alle an dem Krampf betheiligten Muskeln vollkommen zu durchtrennen. Der erste Act besteht in der Durchschneidung des Sternocleidomastoideus resp. der Resection eines 2—3 cm langen Stückes aus der Continuität des Muskels 3—4 cm unterhalb seines oberen Ansatzes. Behufs Ausführung des in der Durchtrennung der an dem Krampf betheiligten Nackenmuskeln bestehenden zweiten Actes der Operation wird ein Hautschnitt von dem Proc. mastoideus bis zur Mittellinie geführt. Nach der oberflächlichen Fascie werden dann nach einander der Cucullaris, der Splenius, in der Tiefe der Complexus major und minor durchschnitten, wobei man die Verletzung des Nervus occipitalis magnus zu vermeiden hat. An dem Zwischenraum zwischen Atlas und Epistropheus gelangt man dann auf den an der schief von innen unten nach aussen oben verlaufenden Richtung seiner Fasern leicht kenntlichen Obliquus capitis inferior, nach dessen Durchtrennung Blutstillung und Naht der Wunde, ev. wo man eine zu schnelle Verwachsung der Muskelstümpfe hindern will, die Tamponade derselben folgt. Beide eben geschilderte Operationsacte werden nun je nach der Eigenart des vorliegenden Falles mit einander combinirt und event., falls der Erfolg kein dauernder war, weil die Muskeln mangelhaft durchschnitten wurden oder zu früh mit einander verheilten, wiederholt. In den typischen Fällen wird der Kopfnicker auf der einen, die Nackenmusculatur auf der anderen Seite in Angriff genommen. Wo die Seitenneigung vorherrscht, macht man beide Operationen auf derselben Seite, bei vorwiegender Rückneigung wird beiderseitig die Nackenmusculatur durchschnitten. Kocher sah selbst bei ausgedehntester und wiederholter Operation niemals Nachtheile, insonderheit Störungen in der Kopfhaltung.

Der Krampfzustand schwand nach den Eingriffen 7 mal ganz; von den betreffenden Patienten sind vier länger als ein Jahr, 2 sogar 10—12 Jahre in Beobachtung geblieben. 3 Patienten wurden gebessert, 2 blieben bisher ungeheilt, nach Kocher's Ansicht deshalb, weil nicht genügend ausgedehnte Durchschneidungen vorgenommen werden konnten. In der Nachbehandlung legt er grosses Gewicht auf Jahre lang fortzusetzende gymnastische Uebungen.

Von der in 7 Fällen vollführten Durchschneidung resp. Dehnung des Nervus accessorius hat Kocher keinerlei Erfolg gesehen.

Der Celluloid-Mullverband, der nach Landerer u. Kirsch (16) sich besonders durch sein geringes Gewicht und seine Härte auszeichnet, besteht aus Mullbinden, gestärkt mit einer Auflösung von Celluloid in Aceton. Man schneidet mit starker Scheere die Celluloidplatten in kleine Schnitzel oder verwendet den Abfall von den zu anderen orthopädischen Zwecken benutzten Celluloidplatten. Diese Stückchen werden in Aceton gelöst, indem man eine grosse, weithalsige Flasche bis zu etwa einem Viertel der Höhe mit Celluloidschnitzeln und das Uebrige mit der Flüssigkeit füllt. Die Flasche muss einen guten luftdichten Verschluss haben, da sonst zu viel von dem Inhalt verdunstet. Von Zeit zu Zeit wird geöffnet und mit einem Stäbchen umgerührt.

Nun wird auf ein Gypsmodell zunächst ein nicht zu dickes Stück Filz oder Flanell aufgespannt. Man kann diese Unterlage im Interesse der Leichtigkeit auch fortlassen, wenn der Apparat, wie z. B. ein Corset, auf dem Hemd getragen werden soll. Die völlig glatte Innenfläche macht ihn dazu geeignet. In diesem Falle wird auf das Gypsmodell eine Mullbinde straff aufgewickelt, so dass sich die Touren ungefähr zur Hälfte decken. Auf die Mullschicht wird die inzwischen fertiggestellte Celluloidgelatine eingerieben. Da sie an den Fingern sehr fest klebt und nur mit Aceton abzuwaschen ist, wird die Hand am besten mit einem Lederhandschuh geschützt. Dieselben Schichten (Mullbinde

und Celluloidlösung) wechseln weiterhin so lange ab, bis der Verband die nöthige Stärke erreicht hat. Dies ist bei kleineren Capseln nach 4—6 Lagen der Fall, während ein Stützcorset für einen Erwachsenen nicht unter 10 Lagen herzustellen ist. Trotzdem bleibt die Wandstärke eines solchen Corsets sehr gering, wenn man die Mullbinde straff anzieht und fest andrückt. Die äusserste Schicht darf nicht die Mullbinde bilden, sondern reichlich aufgestrichene und stark verriebene Celluloidgelatine, wodurch die Aussenseite einen schönen Glanz und eine besondere Härte erhält. Zur Erleichterung der Transspiration kann der Verband, ohne Schädigung der Dauerhaftigkeit, ziemlich ausgiebig durchlocht werden. Der Preis für das Material zu einem Corsett für einen Erwachsenen stellt sich auf ca. 5 Mark.

Kraske (24) hat bei einem Kranken mit hochgradiger doppelseitiger statischer Schenkelhalsverbiegung zunächst auf der einen Seite die extraarticuläre Osteotomie des Schenkelhalses vollführt.

Ein Schnitt, der etwas oberhalb und einwärts von der Spitze des grossen Trochanters begann und in der Längsrichtung des Beines 8—10 cm nach abwärts verlief, durchtrennte die Haut und drang am äusseren Rande des M. tensor fasciae latae, der nach einwärts gezogen wurde, auf die Linea intertrochanterica und die Basis des Schenkelhalses vor. Hier wurde das durch die Ausläufer der fibrösen Capsel zu einer 2 bis 3 mm starken Lage verdickte Periost senkrecht zur Achse des Schenkelhalses, in der Hälfte des Umfanges desselben durchtrennt und nach dem Kopfe zu etwa $2^1/_2$ cm weit abgeschoben. Dies gelang, da das Periost sehr saft- und blutreich war, mit der grössten Leichtigkeit, und ohne dass die Gelenkhöhle an irgend einer Stelle eröffnet worden wäre. Mit dem Meissel konnte man nun aus dem weichen blutreichen Knochen ebenfalls ohne Schwierigkeit einen Keil entfernen, dessen 2 cm breite Basis nach vorn und oben gerichtet war. Nach der Durchtrennung des Knochens liess sich das Bein, welches trotz maximaler Abduction noch etwas adducirt und trotz vollkommener Innenrotation stark auswärts gedreht stand, sofort in eine Abductionsstellung bringen und konnte soweit nach einwärts gedreht werden, dass Patella und Fussspitze nach vorn gerichtet waren. Während der Nachbehandlung wurde mittels permanenter Extension die Extremität in dieser Stellung erhalten.

Büdinger (25) führte bei einem 15jähr. Mädchen mit der gleichen Verbildung einen Schnitt, am Poupart'schen Bande am Uebergange seines mittleren in das äussere Drittel beginnend, in einer Länge von ca. 8 cm gerade nach abwärts. Die Fascia lata wurde durchtrennt, der M. sartorius nach aussen gezogen und nun stumpf durch die Musculatur hindurch bis zum Schenkelhals vorgedrungen, wobei der bedeutende Blutreichthum der Gewebe auffiel. Der eingeführte Finger konnte constatiren, dass der Schenkelhals in flachem, nach unten und vorn etwas convexem Bogen gegen den Schaft zog, mit dem er einen nach unten spitzen Winkel von etwa 80—85° bildete. Nun wurde das verdickte Periost an der vorderen Partie des Schenkelhalses, dicht am Schaft, parallel mit der Achse des letzteren durchtrennt und etwas zurückgeschoben, was ohne Eröffnung der Gelenkcapsel geschehen konnte, und mit einem breiten König'schen Meissel in gerader Richtung Hals und Schaft von einander getrennt. Die Extremität wurde darauf in auswärts rotirter und stark abducirter Stellung fixirt. Der Erfolg war ein guter.

In den beiden von Braun (28) im Anschluss an die analogen von König mitgetheilten Beobachtungen bekannt gegebenen Fällen handelt es sich um Verkrümmungen des Oberschenkels, die bei Kindern im 12. bis 14. Lebensjahre sich entwickelten. Beide Kinder litten seit vielen Jahren an einer tuberculösen Gonitis, nachher an schweren Contracturen im Kniegelenk und hatten das erkrankte Bein seit 6 bezw. 10 Jahren nur in sehr unvollkommener Weise belastet. Dann erst hatte sich die Verbiegung im unteren Drittel in einer sagittalen Ebene mit der Convexität nach vorn, in dem einen Fall in einer Zeit von 10—20 Monaten, ausgebildet, in dem anderen Falle konnte mit Sicherheit nachgewiesen werden, dass ein osteomalacischer Process, eine abnorme Weichheit, die Ursache dieser Verbiegung war. In beiden Fällen war zur Zeit, als die Verbiegungen entstanden, die Gelenkerkrankung ausgeheilt. Von Wichtigkeit ist, dass der Scheitel der Krümmung in der nächsten Nähe der das Längenwachsthum hauptsächlich vermittelnden unteren Epiphysenlinie gelegen ist, so dass man wohl nicht fehl geht, in einer Störung der Thätigkeit derselben, in einer Production nicht genügend verkalkenden Knochens den Grund der Knochenweichheit zu suchen, nicht etwa in Resorptionsprocessen am bereits verkalkten Knochen.

Diese Deformitäten sind wohl unmittelbar an die Seite zu stellen jenen ätiologisch zweifellos ganz gleichartigen, mit dem Scheitel nach hinten gerichteten Abknickungen der Tibia in der Nachbarschaft ihrer oberen Epiphyse, welche von Humphry, Sonnenburg, Kirmisson und Jalaguier gleichfalls bei Kindern mit Ankylosen und Contracturen im Kniegelenk nach abgeheilter Gonitis beobachtet und beschrieben worden sind.

Sayre (35) protestirt auf das Energischste gegen die noch sehr verbreitete Anschauung, dass die Behandlung der angeborenen Fussdeformitäten, welcher Art dieselben auch sein mögen, ob ein Varus oder Valgus, Calcaneus oder Equinus vorliegt, erst einige Monate nach der Geburt der betreffenden Kinder beginnen dürfe. Die Behandlung könne vielmehr nicht früh genug einsetzen, am besten schon nach 24 Stunden. Das wirksamste Instrument ist hier die menschliche Hand. Die Mutter oder Amme soll in einer ihr aufs genaueste vom Arzt vorgeschriebenen Weise in Zwischenräumen von einigen Stunden Tag und Nacht mit dem Fuss redressirende Manipulationen vornehmen. Unterstützt werden diese Maassnahmen durch Anlegen von weichen, die Zehen zur Beobachtung ihrer Färbung freilassenden Flanellbinden oder Heftpflasterstreifen. Diese Behandlung ist so lange fortzuführen, bis bei der Correction keine Verfärbung der Zehen mehr eintritt. Alsdann ist das beste Mittel

den Fuss in der richtigen Lage zu erhalten, ein über einer faltenlos liegenden Flanellbinde gefertigter Gypsverband. Bei starker Verdrehung des Fusses und beträchtlicher Verkürzung des Gastrocnemius soll die Bandage bis über das Knie hinaufreichen. Meist werden dann die Kinder, sobald sie zu gehen beginnen, schon mit der Sohle den Boden berühren; nur selten werden sich noch elastische Bänder als nothwendig erweisen, um dem Fuss eine Aussen- oder Innenstellung zu geben. In vereinzelten Fällen sind vor Einleitung der ganzen Behandlung subcutane Durchtrennungen verkürzter Sehnen oder Stränge nothwendig.

Kirmisson (36) hat die Phelps'sche Weichtheildurchschneidung beim Klumpfuss an 48 Kranken 71 mal zur Ausführung gebracht. Die grösste Zahl der Operirten stand im Alter von 8 bis 10 Jahren. 2 Knaben waren 15 Monate, resp. 2 Jahre, 2 Kranke 18, 2 andere 14 Jahre alt. Bei 20 Kranken war — selbst mehrmals — die Tenotomie der Achillessehne vorausgegangen; ein Kranker hatte bei einem Redressement mit einem Tarsoklasten einen bis auf den Knochen führenden Decubitus davongetragen; drei Patienten war — ohne Erfolg — der Talus exstirpirt worden.

Unangenehme Complicationen erlebte K. dreimal. Bei einem 9½ jährigen Knaben mit doppelseitigem Klumpfuss und beiderseitiger Klumphand, bei dem schon bei der Anwendung von Apparaten die Extremitäten stets sich dunkelblau färbten, entwickelte sich am linken Fuss nach der Operation eine bis auf den Knochen führende Necrose, die mit einem Verlust der kleinen Zehe und einer Contracturstellung der übrigen Zehen endete. In einem anderen Falle blieb die eintretende Necrose oberflächlich und ohne üble Folgen. Endlich trat bei einem Kinde nach der Operation eine in einem Abscess auf dem Fussrücken sich begrenzende Lymphangitis auf.

Abgesehen von einem schlechten functionellen Resultat in dem oben erwähnten Falle von Gangrän blieb der Erfolg ungenügend bei einem Patienten mit einem paralytischen Klumpfuss in Folge von Spondylitis, obgleich hier K. ausser der Phelps'schen Durchschneidung der Weichtheile an der Innenseite noch ein keilförmiges Stück aus dem äusseren Fussskelett entfernte. Diese keilförmige Excision erwies sich noch bei zwei anderen Kranken als nothwendig, von denen der eine vor der Phelps'schen Operation schon ohne Erfolg mit der Exstirpation des Talus behandelt war. Bei 6 anderen, verhältnissmässig älteren Kranken, beispielsweise bei zwei jungen Mädchen von 19 und 16 Jahren und einem Knaben von 13 Jahren, musste der Operation das Redressement forcé in Chloroformnarcose nachfolgen. Trotzdem blieb zweimal ein leichter Spitzfuss zurück.

Von den vor länger als einem Jahr Operirten hatten sich zu der vor Publication der Arbeit gewünschten Nachuntersuchung nur 10 Kranke (darunter 5 doppelseitig Operirte) eingefunden. Bei allen diesen war das durch den Eingriff erreichte zufriedenstellende Resultat dauernd geblieben; bei einem hatte sich sogar ein leichter Plattfuss entwickelt.

Isnardi (49) erlebte nach der einfachen Arthrodese bei einem hochgradig paralytischen Klumpfuss ein vollständig negatives Resultat. Als er 4 Monate nach der Operation das Gelenk wieder eröffnete, fand er es in denselben Verhältnissen wie vorher. J. nahm nun nochmals die Arthrodese vor, wobei er, nachdem er den Fuss in eine rechtwinklige Stellung zum Unterschenkel gebracht hatte, gewahrte, dass zwischen den Gelenkflächen ein 3 cm tiefer leerer Raum in Form eines mit der Basis nach vorn gerichteten Keiles blieb. Da er einige Minuten vorher an einem anderen Kinde eine Astragalectomie ausgeführt hatte, nahm er dieses Sprungbein, befreite es vom Knorpel und schnitt es mit einem starken Messer zu einem Keile, den er dann in besagten leeren Raum eintrieb und hier mit Eisendraht befestigte. Letzterer brachte an einer Stelle Ulceration der Haut hervor, weshalb J. ihn nach einem Monat entfernen musste, wobei er gleichzeitig einige sandkorngrosse Sequester herauszog: die Heilung erfolgte danach schnell.

In einem zweiten, ebenfalls schweren Fall von paralytischem Klumpfuss nahm J., die Gelegenheit einer Astragalectomie benutzend, die Osteoplastik gleich das erste Mal vor und erzielte Heilung per primam.

Das Resultat war in beiden Fällen ein ausgezeichnetes. Der Fuss stand in rechtwinkliger Stellung zum Unterschenkel; die knöcherne Ankylose war im ersten Falle eine vollständige, im zweiten Falle bestand eine Beweglichkeit von 25°. Das Gehen, das vorher unmöglich war, war nunmehr in jeder Hinsicht befriedigend, obwohl im ersten Falle congenitale Hüftgelenksluxation auf derselben Seite bestand, und im zweiten Falle das Knie von Paralyse gleichfalls ergriffen war und die Arthrodese erforderte. Zur Zeit der Publication waren seit der Heilung 14 resp. 12 Monate verflossen.

[1) Lorentzen, Muskelerkrankung als Ursache der juvenilen Kyphose. Ugenkrift for Laeger. R. 5. B. 3. p. 817. — 2) Bloch, Torticollis spasmodica. Nordisk medicinsk Arkiv. No. 6. p. 1.

Lorentzen (1) hat in mehreren Fällen bei jungen Individuen eine Cervicodorsalkyphose auf schmerzenden Infiltraten in den Nackenmuskeln beruhend gefunden, häufig verbunden mit Senkung und Auswärtsdrehung der Schultern. Namentlich das Vorgeschobensein und die Aufwärtsdrehung des Kinnes, sowie der geduckte Nacken sind characteristisch. Der Verf. meint, dass die Stellung als eine Schonung der erkrankten Muskeln aufzufassen sei; nicht selten ist die Stellung alternirend wenn bald die eine, bald die andere Seite der Musculatur angegriffen ist. — Die Krankheit wird bei jungen Individuen mit schlaffer Musculatur gefunden. — Die Behandlung besteht in Massage und Gymnastik, in einigen Fällen hat er damit gute Resultate erzielt.

Bloch (2) theilt zwei Fälle von Torticollis spasmodica mit, welche er mit Streckung und Resection

des Nerv. accessor. behandelt hat, und stellt im Anschluss hieran 44 Fälle, die auf dieselbe Weise behandelt worden sind, aus der Literatur zusammen. Hierauf basirt er eine comparative Studie dieser Krankheit. — Er hebt die grosse Verschiedenheit des Krankheitsbildes hervor, die Unwirksamkeit der medicamentösen, der electrischen und der orthopädischen Behandlung. Tenotomie hilft nur in vereinzelten Fällen; es scheint, als ob Operationen, am Nerv. accessor. gemacht, die besten Resultate geben, von 44 Fällen sind 20 geheilt, 16 gebessert, 7 unverändert, 1 gestorben (Erysipel). Zum Schluss erwähnt er die Aetiologie der Krankheit. **Schaldemose** (Kopenhagen).]

Amputationen, Exarticulationen, Resectionen

bearbeitet von

Prof. Dr. E. GURLT in Berlin.

I. Amputationen und Exarticulationen.

A. Allgemeines.

Geschichte, Indicationen, Technik, Methoden, gesammelte Casuistik, Prothesen.

1) Wanach, Rudolf (St. Petersburg), Ein Beitrag zur Amputationstechnik, mit besonderer Berücksichtigung der Neudörfer'schen Amputations-Methode. St. Petersburger med. Wochenschr. S. 305. 315. — 2) Klose, Bernhard, Ueber das spätere Schicksal der wegen Tuberculose Amputirten. Inaug.-Dissert. Erlangen. 8. — 3) Page, Frederick, Results of major amputations treated antiseptically in the Royal Infirmary, Newcastle-upon-Tyne, during the year 1895, and for a period of seventeen years and nine months. Lancet. Vol. I. p. 763.

Wanach (1), der sehr für die Neudörfer'sche Amputationsmethode (vergl. Jahresber. für 1891. II. S. 405) eingenommen ist und nach diesem von ihm etwas modificirten Verfahren 10 Amputationen ausgeführt hat, bespricht kurz die verschiedenen periosteoplastischen, vor und nach jenem angegebenen Amputationsverfahren von Phil. v. Walther (1813), v. Langenbeck (1870), v. Mosengeil (1878), P. Bruns (1893) und beschreibt dann das Neudörfer'sche Verfahren, bei dessen Ausführung an der Absetzungsstelle auf der gefässärmsten Seite des Gliedes ein Längsschnitt von 6—12 cm bis auf den Knochen gemacht, von diesem aus mit dem Raspatorium rund herum das Periost abgelöst, dann der Knochen mit dem Meissel durchschlagen, das untere Fragment aus dem verticalen Schlitz herausluxirt und das Periost vom ganzen Umfange des Knochens abgelöst wird. Die Weichtheile werden darauf unterhalb der Knochenabsetzung mit einem gewöhnlichen Scalpell in einer Ebene durchtrennt, sind somit nirgends gegeneinander verschoben oder in ihrem Zusammenhang gelockert und wird dann, nach der Blutstillung, zunächst das Periost am Längs- und Querschnitt vernäht, worauf eine Etagennaht der Muskeln parallel der Periostnaht und endlich die Naht der Hautwunde folgt. Es ist damit ein dicker Weichtheile-Hohlcylinder gebildet; die Wunde besteht aus einem glatten Längs- und einem glatten Querschnitt, eine Wundhöhle ist nicht vorhanden. — Wegen der Misslichkeit und Schwierigkeit, eine harte Diaphyse zu durchmeisseln, hat W. das Verfahren dahin modificirt, dass er den Knochen durchsägte, indem er zunächst im ganzen Bereich des Längsschnittes das Periost rings vom Knochen ablöst, dann den einseitigen Cirkelschnitt durch alle Weichtheile macht und darauf erst im proximalen Ende des Längsschnittes den Knochen mit der Bogensäge absägt. — W. hat 10 Amputationen nach diesem Verfahren (1 des Oberarms, 3 des Unterarms, 5 des Oberschenkels und 1 Exarticulation im Hüftgelenk) ausgeführt, von denen bei 1 an Sepsis, bei 2 nach Heilung der Amputationswunde an allgemeiner Tuberculose der Tod eintrat. Nur 3 mal war die Heilung immer glatt, nämlich da, wo in ganz gesunden Weichtheilen amputirt werden konnte. Bei den Amputationen des Oberschenkels ist hervorzuheben, dass die Narbe sehr bald durch die Beugemuskeln an die hintere Fläche des Rumpfes verzogen wurde, also eine günstigere Lage als beim gewöhnlichen Cirkelschnitt erhielt. In allen Fällen war der Stumpf nach vollendeter Heilung vollkommen unempfindlich.

Das Material zu der Arbeit von Klose (2) über das spätere Schicksal der wegen Tuberculose Amputirten ist kein einheitliches, sondern die 185 zu Grunde liegenden Fälle sind entnommen: 63 der Dissertation (wo?) von Paul Steffens (1894), ferner eine Anzahl aus der Albert'schen Klinik in Wien stammend, einer Arbeit von Jos. Preindlsberger entlehnt, der Rest aber aus der v. Heineke'schen Klinik in Erlangen.

Geschlecht der Operirten: männlich 109 = 59,24 pCt., weiblich 75 = 40,76 pCt. — Alter zur Zeit der Operation: 10—20 Jahre: 22, 20—30: 32, 30—40: 48, 40—50: 26, 50—60: 27, 60—70: 23, 70—80: 6. — Die Resultate der Operation waren:

Amputatio	Totalsumma	Gestorben					Am Leben		
		an den Folgen der Operation	an Tubercul.	an anderen Krankheiten	Todesursache unbestimmt	Summa	tuberculös erkrankt	gesund	Summa
femoris . . .	47	1	12	4	8	25	2	20	22
cruris	62	—	19	7	7	33	8	21	29
pedis	20	—	11	1	2	14	—	6	6
metat. et digit.	3	—	2	—	—	2	—	1	1
humeri . . .	12	—	2	3	1	6	—	6	6
antibrachii . .	34	3	12	2	5	22	4	8	12
manus . . .	4	—	3	—	—	3	—	1	1
metac. et digit.	3	—	—	1	—	1	—	2	2
Summa	185	4	61	18	23	106	14	65	79

Page (3) berichtet über die in der Royal Infirmary zu Newcastle-upon-Tyne im Jahre 1895 ausgeführten 68 grösseren antiseptisch behandelten Amputationen bei 66 Patienten, von denen nur 2 starben = 3 pCt. 23 dieser Operationen wurden wegen Verletzung mit 1 † = 4,3 pCt. ausgeführt, darunter 2 mehrfache Amputationen, nämlich Ober- und Unterschenkel bei einem 34jährigen Manne, und Fuss, Oberarm und der grösste Theil der anderen Hand bei einem 12jährigen Mädchen. Bei beiden machte ihr collabirter Zustand eine Infusion von Salzwasserlösung nöthig, welcher beide wahrscheinlich ihr Leben zu danken hatten. Die beiden Todesfälle betrafen: 66jähr. Frau mit seit 5 Wochen bestehender complicirter Unterschenkelfractur, ausgedehntem Decubitus; Pat. ausserdem septisch und eine Trinkerin; sie überlebte die Unterschenkel-Amputation 2 Wochen und starb an Erschöpfung und Blutvergiftung. — 55jähr. Mann starb 12 Stunden nach der wegen eines grossen Sarcoms des Oberschenkels ausgeführten Exarticulation im Hüftgelenk. — In der Zeit vom 1. April 1878 bis zum 31. Decemb. 1895, also in 17 Jahren 9 Monaten wurden die folgenden 938 grösseren Amputationen mit 80 † = 8,5 pCt. ausgeführt, darunter 365 mit 48 † = 13,1 pCt. wegen Verletzung, 573 mit 32 † = 5,5 pCt. wegen Erkrankung.

	Verletzung			Erkrankung			Total-Sa.
	Sa.	geh.	†	Sa.	geh.	†	
Doppel-Amputationen	15	9	6	—	—	—	15
Hüftgelenk	6	3	3	29	17	12	35
Oberschenkel . .	70	52	18	209	196	13	279
Kniegelenk	10	9	1	6	6	—	16
Unterschenkel . .	102	90	12	103	100	3	205
Fussgelenk	33	32	1	149	147	2	182
Schultergelenk . .	23	22	1	17	16	1	40
Oberarm	51	46	5	25	24	1	76
Vorderarm	48	47	1	35	35	—	83
Handgelenk . . .	7	7	—	—	—	—	7
Total-Sa.	365	317	48	573	541	32	938

B. Specielle Amputationen und Exarticulationen.

1) Quénu, Technique opératoire de la désarticulation de la hanche, pour les sarcomes du triceps ou du fémur. Bullet. et Mém. de la Soc. de chir. p. 171. — 2) Chaput, Nouveau procédé opératoire pour l'amputation de cuisse sous-trochantérienne et la désarticulation de la hanche. Amputation discordante. Ibidem. p. 103. — 3) Bohl, Edgar (Dorpat), Vorschlag die Patella nach der Gritti'schen Amputation in richtiger Lage zu erhalten. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 43. S. 172. — 4) Pujol, G. (Marseille), Désarticulation du genou par le procédé de Montaz. Gaz. médic. de Paris. p. 167. — 5) Laguaite, De l'ablation de l'astragale comme complément à l'opération de Chopart pour prévenir l'équinisme du moignon. Lyon. méd. p. 226.

Quénu (1) zieht bei der Hüftgelenks-Exarticulation die Gefahren der Blutung und die gegen dieselben getroffenen Maassregeln in Betracht, erwähnt namentlich das Verfahren von Verneuil (1877), der die Exstirpation des Gliedes in derselben Weise unternimmt, wie die Exstirpation eines Tumor und jedes Gefäss unmittelbar nach seiner Durchschneidung, die grossen Gefässe aber schon vor derselben unterbindet. Q. erinnert auch noch an die Verfahren von Marcellin Duval (1858) und Farabeuf. Das Verfahren, welches Q. bei dem die Muskeln des Oberschenkels (Vastus externus) einnehmenden Sarcom des Oberschenkels eines 18jährigen jungen Menschen in Anwendung brachte, bestand darin, dass er, nachdem er den Stamm der A. und V. femoral. doppelt unterbunden hatte, einen bloss aus Haut bestehenden innern Lappen bildete, die Gefässe mit dem Tumor in Verbindung liess, darauf die kleineren Gefässe doppelt unterband, dann die Muskeln durchschnitt, den Knochen unter den Trochanteren durchsägte, den Stumpf mit einer Knochenzange erfasste, die Muskeln am Trochanter abtrennte, und nach Eröffnung der Kapsel, statt den Kopf zu exarticuliren, ihn mit Mac Ewen's grossem Meissel an seiner Basis durchtrennte.

Anschliessend an obige Mittheilung berichtet Tuffier über die bei einem 40jährigen Manne wegen eines operirten und 4mal recidiven Sarcoms des M. triceps ausgeführte Exarticulation des Hüftgelenks mit inne-

rem Lappen, präventiver Unterbindung der Femoral-Gefässe, Compression der A. hypogastrica zur Verhütung einer Blutung aus den hinteren Zweigen und Durchmeisselung des Knochens innerhalb der Trochanteren, vor Ausführung der Exarticulation.

Das von Bohl (3) beschriebene Verfahren bei der Gritti'schen Amputation, die Patella in richtiger Lage zu erhalten, welches W. Koch angegeben und ausgeführt hat, besteht darin, das Lig. patellae nicht, wie gewöhnlich, am unteren Rande der Kniescheibe abzuschneiden, sondern es ganz oder zum Theil zu erhalten und zur Fixirung der Patella zu benutzen. Das Verfahren ist folgendes: In der Höhe der Tuberositas tibiae trennt ein Cirkelschnitt Haut und Fascie, an welchen nur unter Umständen, wenn die Weichtheile vom Knochen bequem nicht sich abheben lassen, ein oder zwei bis auf den Knochen dringende Seitenschnitte sich anschliessen. Dann werden die Weichtheile um einige Centimeter nach oben zurückpräparirt, das Lig. patellae von der Tuberositas tibiae abgelöst, umgestülpt und die Gelenkkapsel eröffnet, worauf das Fettpolster zu entfernen, der Patellarlappen resp. der Weichtheilcylinder nach oben zurückzuschlagen ist. Nach diesem Acte drängt sich der Sehnenstumpf über den Hautlappen hervor. Ueberschreitet man während dieser Gänge die obere Ansatzstelle der Seitenbänder und die hintere Kniegelenkkapsel nicht, so dürfte die Stumpfbedeckung, weil sie mit diesen Gelenkpartieen im organischen Zusammenhang geblieben ist, nur relativ wenig sich zurückziehen, selbst wenn prima intentio nicht eintritt. Nach Exarticulation des Unterschenkels ist der Knorpel der Patella abzusägen, was in Anbetracht dessen, dass das Ligament zum Festhalten der Kniescheibe äusserst brauchbar ist, besser als früher gelingt. Stellt man dann die Kante der Patella, ohne den Quadriceps irgendwie zu spannen, senkrecht auf die Axe des Oberschenkels, so hat man zu gleicher Zeit die Ebene innerhalb oder oberhalb der Condylen gefunden, an welche, nach der Durchsägung, die Patella sich anfügt, ohne zunächst unter Muskelzug zu leiden. Zuletzt ist der breite Stumpf des Lig. patellae durch gewöhnliche Nähte mit den Resten der Gelenkkapsel der Rückseite des Femur, oder mit dem Periost, oder mit der hinteren Corticalis zu vereinigen. Die Patella ist auf diese Weise unverrückbar fest gegen das untere Ende des Femur angedrückt; das Ligament dient als Zügel, welcher die Verschiebung und die Drehung in irgend einer Richtung gleichmässig verhindert.

In den zwei Fällen, in welchen dieses Verfahren ausgeführt wurde, gestaltete sich der Verlauf derart, dass trotz Drainage Temperatursteigerungen bis 38,7 Abends auftraten. Auch schnitten die Hautnähte durch, worauf es zu Retraction der Hautlappen und Klaffen der Wunde kam. Trotzdem und trotz der durch Eiterung verzögerten Heilung erhielt sich die Patella gut in ihrer Lage. Die Krankengeschichten belegen die Thatsache, dass Befestigung der Patella durch das Lig. patellae vollkommen genügt, die Kniescheibe in der ihr zugewiesenen Lage zu erhalten; insbesondere der zweite Fall, in welchem, obwohl die Amputation in eiternden Geweben ausgeführt wurde und die prima intentio misslang, die Patella trotzdem unverrückt an ihrer Stelle blieb und anstandslos knöchern mit dem Femur verheilte.

Die Resultate der Gritti'schen Amputation sind im Laufe der Zeit viel günstiger geworden. Während nach Salzmann (1880) die Mortalität 42—68 pCt. betragen konnte, fand Herda (1895) auf 65 Amputirte nur 8 † und auch das Abgleiten der Patella ist in der neueren Zeit erheblich seltener geworden. Dasselbe ist aber unter 198 von Bohl (3) gesammelten Fällen im Ganzen 25 mal aus verschiedenen Gründen beobachtet worden, nämlich nur 6 mal unter 82 seit 1878 operirten Fällen gegen 3 mal so viel bei 116 vor 1878 Operirten.

Die Exarticulation des Kniegelenkes nach Montaz, bestehend in der Bildung eines grossen hinteren, alle Muskeln enthaltenden Lappens (vgl. Jahresbericht f. 1894. II. S. 382) wird von Neuem durch Pujol (4) beschrieben, nachdem das Verfahren einige Male am Lebenden ausgeführt worden ist; so namentlich von Lejars (1894) und von Roux de Brignolles (1895). Der Letztere operirte bei einem 22jährigen, der Tuberculose verdächtigen Arbeiter, der 3 auf den Knochen führende Fisteln am Unterschenkel hatte. Die Heilung verzögerte sich etwas, weil nachträglich noch eine erkrankte Stelle des Condyl. intern. beseitigt werden musste.

Chaput (2) hat bei seiner Art der Ausführung der Amputatio sub-trochanterica (Durchstechung, Cirkelschnitt bis auf den Knochen, Ablösung des Periosts, Durchsägung des Knochens) so bedeutende Blutungen gehabt, dass er sie sehr zu fürchten gelernt hat; er empfiehlt deshalb in abweichender Weise folgendermassen zu verfahren: 1. Osteotomia sub-trochanterica, mittelst eines äusseren, verticalen, einige Centimeter langen, sogleich bis auf den Knochen geführten Schnittes; Einführung des Mac Ewen'schen Osteotoms auf der Fläche des Messers und Durchtrennung des Knochens. 2. Cirkelschnitt durch die Weichtheile, zunächst durch die Haut, unmittelbar über der Kniescheibe, Ablösen einer zwei Finger langen Manchette, Durchschneidung aller Weichtheile bis auf den Knochen, Anlegung von Pincetten an die hauptsächlichsten blutenden Gefässe. 3. Verlängerung des äusseren Schnittes bis in den Cirkelschnitt und vollständige Freimachung des Knochens. C. empfiehlt, wenigstens die äussere Wunde durch Nähte zu vereinigen, den Stumpf sonst aber nach Belieben zu behandeln. — Die Vortheile dieses Verfahrens sollen sein, dass es sich viel schneller ausführen lässt, dass es viel leichter ist, weil die Zurückziehung der Lappen in dieser Gegend sehr schwierig ist und dass der Blutverlust viel geringer ist, weil weniger Gefässe durchschnitten werden und demnach zu unterbinden sind, auch soll die Wundfläche halb so gross sein, wie bei der Lappenamputation und der zu erzielende Stumpf ein vortrefflicher sein.

Laguaite (5) empfiehlt bei der Chopart'schen Exarticulation, um die Entstehung eines Pes equinus zu vermeiden, den Astragalus mit zu entfernen.

Er nimmt beim Chopart zweierlei Arten der Entstehung des Equinus an, die eine schon zur Zeit der Vernarbung, wenn der Fuss nicht in rechtwinkliger Stellung gehalten wird, dadurch, dass die eine Muskelgruppe das Uebergewicht über die andere erlangt; die andere Entstehung des Equinus erfolgt, wenn Pat. zu gehen anfängt, durch die statischen Veränderungen, die dabei in dem Fussgewölbe vor sich gehen. Die Fortnahme des Astragalus ist um so nothwendiger, wenn der Chopart an einem Fusse ausgeführt wird, der bereits eine Equinusstellung besitzt. — Ueber die Ausführung der Operation, die am Lebenden noch nicht gemacht ist, wird angeführt, dass man, nach Vollendung des Chopart, den Dorsallappen längs des Innenrandes des M. tibial. ant. bis in das Fussgelenk spaltet und dann den mit einer Zange gefassten Knochen ausschält.

II. Resectionen, Osteotomieen, Arthrectomieen.

1. Resectionen an den Gesichtsknochen.

1) Hahl, G., Ueber Verbände und Prothesen nach Resectionen am Unterkiefer, mit Demonstrationen. Berl. klin. Wochenschrift. S. 1056. (Mit Abbildungen.) — 2) Rotgans, J. (Amsterdam), Intra-buccale bovenkaakresectie. Weekblad. p. 465. (20jähriges Mädchen, Tumor, der sich nicht bis in die Orbita erstreckt; intrabuccale Resection nach zuvoriger Unterbindung der Carotis externa, mit Anwendung von Hammer und Meissel. Gutes Resultat mit Hilfe einer Prothese.) — 3) Scafi, E., Resezione del condilo per serramento delle mascelle. Bollet. della Soc. Lancisiana. Vol. XV. p. 87. (Ankylose des Kiefergelenkes in Folge eines Sturzes aus dem 2. Stockwerk; Freilegung des gebrochenen Halses des Proc. condyloid., Exstirpation des mit der Gelenkhöhle verwachsenen Condylus, Herstellung einer freien Beweglichkeit des Unterkiefers.)

Hahl (1) führt an, dass nach Resectionen an den Kiefern der Defect nach der modernen Zahnheilkunde nach zwei verschiedenen Methoden oder Schulen ergänzt wird. Nach der Ollier-Martin'schen Methode geschieht Dies unmittelbar nach der Resection durch einen dem entfernten Theile genau in der Grösse entsprechenden Ersatz aus Kautschuk. Befestigt mit Klammern oder Schrauben an den zurückgelassenen Zähnen oder Kiefertheilen und durchzogen von Röhren, um durch dieselben sowohl die Wunde, wie die Berührungsflächen mit antiseptischer Flüssigkeit bespülen zu können, sind solche Prothesen von Patienten der Lyoner Klinik 8—18 Monate dauernd getragen und dann durch kleinere abnehmbare ersetzt worden. Die zweite oder die von Bergmann-Sauer'sche Schule beschränkt sich darauf, während des Heilungsprocesses die zurückgelassenen Kieferreste in normaler Stellung zu halten oder in dieselbe zu bringen und ergänzt den Defect erst nach vollendeter Heilung, aber vor eingetretener Narbenschrumpfung. In den Rahmen der ersten Methode fallen auch die von Gluck-Warnekros im Sinne der Implantationstherapie behandelten Fälle.

Nach der von Bergmann-Sauer'schen Methode werden die zahnärztlichen Verbände und Apparate bei den verschiedenen Resectionen in folgender Weise angelegt: Bei einer Resection aus der Mitte des Kiefers werden die seitlichen Kieferreste durch einen vor der Operation hergestellten und gleich nach derselben an den vorhandenen Zähnen oder Kieferstümpfen befestigten Drahtbügel fixirt. Das Material hierzu kann Gold, Aluminiumbronze oder Stahl verzinnt, sein. Als Drahtligatur bewährt sich am besten die Aluminiumbronze in einer Legirung von 90 Theilen Kupfer und 10 Theilen Aluminium. Bei einer Resection, verbunden mit der Exarticulation der einen Seite wird der zurückgebliebene Kiefer durch einen Apparat, genannt Sauer's Resectionsverband, vor dem Einsinken nach der operirten Seite hin verhindert. Dieser Apparat besteht aus einem Draht, welcher genau den Zähnen entlang läuft und ein gegen die Oberkieferzähne schräg angebrachtes Stückchen Blech — die schiefe Ebene — trägt. Angelegt erst 10—14 Tage nach der Operation zwingt der Apparat den Kiefer durch Aufbeissen der Oberkieferzähne gegen die schiefe Ebene allmälig in seine normale Lage. Dieser scheinbar unbedeutende Apparat kennzeichnet sich als einer der erfolgreichsten Fortschritte in der Nachbehandlung von Unterkieferresectionen. Die nächsten Vorgänger Sauer's, Süersen und Haun, fixirten schon bei frisch in Behandlung gekommenen Fällen die Stümpfe durch Apparate, ähnlich ihren Kautschuk-Guttapercha-Schienen für Kieferbrüche. Sie dehnten ebenfalls in falscher Position verheilte Kieferreste, Süersen durch zwischen geschobene, auswechselbare Stäbchen, Haun durch Cautschukschienen, welche eine immer grössere Auflagerung von Guttapercha erhielten. Da nun der Gegendruck bei diesen Kautschuk-Guttapercha-Schienen nur von den Weichtheilen der Wange geleistet wird, so dauert es mitunter Jahre, ehe das erwünschte Resultat auf diesem Wege erzielt werden kann. Um besonders diesem Uebelstand abzuhelfen, galt es eine Methode einzuführen, welche zugleich einheitlich und für alle Fälle ausreichend sein sollte und ganz besonders die Thätigkeit der die richtige Articulation bewirkenden Muskelpartien anregte und ausnutzte. Eine immer vorhandene Kraft, fähig, selbst veralteten Narbencontractionen entgegen zu wirken, fand Sauer in der für diesen Zweck durch die schiefe Ebene dienstbar gemachten Bissenergie. Beiläufig erwähnt, schätzte Sauer diese Kraft auf einen halben Centner, es hat sich jedoch herausgestellt, dass er sie noch unterschätzt hat. Sobald die Wunde vollständig verheilt ist und der Kiefer durch Tragen des Resectionsverbandes nur eine kleine Unterstützung, durch die schiefe Ebene bedarf, um normal mit dem Oberkiefer zu articuliren, wird der Ersatz für den entfernten Theil angefertigt — oder in Zeit angegeben — etwa 4—6 Wochen nach der Resection. — Vor etwa 3 Jahren erfuhr sowohl die Operation wie die zahnärztliche Behandlung dieser Fälle in der Berliner Klinik eine wesentliche Erweiterung. Wenn z. B. von dem Kiefer ein Stück von dem l. Eckzahne bis einschliesslich des letzten dort vorhandenen Zahnes rechts resecirt werden muss, so wird vor der

Operation ein zahnärztlicher Apparat angefertigt, welcher nicht nur die schiefe Ebene zum Fixiren des linken Kieferstückes, sondern auch einen künstlichen Ersatz für den zu resecirenden Theil trägt. Die Resection wird über den ganzen Molartheil bis zum Kieferwinkel ausgedehnt, so dass ein zahnloses Kieferstück kurz vor dem Winkel im horizontalen Theil des Kiefers nicht gelassen wird. Dasselbe zieht sich nämlich sofort nach der Resection nach innen, belästigt den Patienten sowohl beim Sprechen wie beim Schlucken und kann nur durch complicirte Apparate in der alten Lage gehalten werden, ohne dem Pat. nunmehr irgend einen nennenswerthen Nutzen zu bringen. Das Kieferstück links trägt den Apparat, welcher während der Narcose sofort nach der Resection, sobald die Blutung gestillt ist, eingesetzt wird. Die Zunge wird durch eine Ligatur an dem Apparat befestigt und die Wunde, welche am unteren Rande des Kiefers entlang geführt wurde, um den Ersatz in der Weise geschlossen, dass die Schleimhaut der Wange mit der des Mundbodens unterhalb der Prothese entweder ganz oder wenigstens an den beiden Enden der Wunde zusammengenäht wird. Die ganze Prothese liegt also frei im Munde, getrennt durch die zusammen genähte Schleimhaut von der Wunde. Die Grösse der Prothese ist von der zurückbleibenden Schleimhaut abhängig und erreicht durchschnittlich in der Höhe $^2/_3$ des Kiefers und in der Länge geht sie bis zum Weisheitszahn, oder um vergleichend zu sprechen, sie bekommt fast dieselbe Grösse, welche die definitive Protbese nach der Ollier-Martin'schen Methode bekommen kann. Da nun das mehr oder minder vortheilhafte Aussehen der Patienten nach der Operation von der Grösse des Ersatzes und dieser wiederum von der zurückgelassenen Schleimhaut abhängt, so ist es sehr wünschenswerth, dass möglichst viel von derselben gelassen werden kann. In der 3. Woche nach der Operation wird die Zungenligatur entfernt und von da ab der Apparat täglich zum Reinigen herausgenommen. Etwa 6 Wochen nach der Operation wird eine zweite den Defect vollständig ergänzende Prothese angefertigt. In dieser Weise ist die partielle Unterkieferresection 8 mal in der Klinik zur Ausführung und Behandlung gekommen. In einem 9. Falle, bei einer Resection aus der Mitte eines Kiefers, der keine Molarzähne mehr hatte, wurden die Kieferstümpfe, wie die Zunge, durch den Bönnecken'schen Drahtbügel fixirt. Als der Drahtbügel zu beabsichtigter Zeit entfernt wurde, blieben die Kieferreste ziemlich in normaler Lage, nur ein wenig nach innen, und dem Zuge des M. temporalis folgend, etwas nach oben gezogen. Eine breite Kautschukschiene mit flügelartigen Fortsätzen gegen die Kieferstümpfe, umkleidet von schwarzer Guttapercha und durch Spiralen mit der Oberkieferplatte verbunden, wurde sofort nach Entfernung des Drahtbügels eingesetzt und hierdurch dem Kinn die bis dahin fehlende Stütze gegeben.

Als Resumé ist hervorzuheben: 1. dass der Operationsplan während der Operation zu einer Mehr-Fortnahme geändert werden kann, ohne dass die Prothese unbrauchbar wird. 2. dass die Prothese in keiner Weise störend in die Wundbehandlung eingreift und dem Ollier-Martin'schen Verfahren gegenüber eine schnellere Verheilung zulässt, während dieselbe doch viele der guten Eigenschaften mit der Ollier-Martin-schen Prothese gemeinsam hat. Von diesen sind zu erwähnen: 1. die Patienten sind jeder Gefahr einer Erstickung durch das Zurücksinken der Zunge enthoben, 2. können sie vom ersten Tage an verständlich sprechen und fast alle ebenfalls gut schlucken und 3. fühlen sie sich lange nicht so belästigt von der zahnärztlichen Behandlung, als wenn dieselbe erst einige Wochen später erfolgt, d. h. in einer Periode, in der die Patienten gerade anfangen, sich von der Operation zu erholen.

2. Resectionen an den Rumpfknochen.

1) Karewski, Resectionen am Thorax. Berlin. klin. Wochenschr. S. 131. 175. Deutsche medicin. Wochenschr. No. 14 ff. — 2) Koerte, W., Ueber Kreuzbeinresection mit Krankenvorstellung. Berl. klin. Wochenschr. S. 356.

Die Resection grosser Stücke der Thoraxwand, eine moderne Operation, wird nach Karewski (1) aus zwei Indicationen ausgeführt, entweder indem man Geschwülste, welche die Wand des Thorax und sein Inneres einnehmen, radical entfernen will, oder indem man sich Zugang zu Eiterungen innerhalb der Brusthöhle verschaffen muss. — Von der ersten Gruppe von Operationen konnte Caro 1893 bereits 27 einschlägige Beobachtungen feststellen, darunter einige mit Entfernung eines Stückes der Lunge, zu denen neuerdings noch ein dritter (Müller) gekommen ist, ausserdem noch andere Fälle (Schnitzler, Gabryszewski, Rydygier) und ein Fall von Karewski, der bei einem 36jährigen Manne wegen eines Sarcoms der Brustwand ein handtellergrosses Stück derselben zwar mit günstigem Ausgange, aber mit bald darauf folgendem Recidiv resecirte. — Die von K. wegen der zweiten Indication operirten Fälle sind folgende:

2. 6jähr. Knabe mit Empyemfistel, Resectionen an der 3.—6. Rippe in der Ausdehnung von 7—10 cm, Heilung in 6 Wochen.

3. 8jähr. Knabe mit doppelseitiger Empyemfistel; Resection zunächst auf der rechten Seite hinten an 4 Ripppen in der Ausdehnung von 4—11$^1/_2$ cm; nach einiger Zeit eine zweite Operation vorn an der 3. bis 6. Rippe mit Entfernung von 9—13 cm; bei einer dritten Operation wurden auf der linken Seite 6 Rippen in der Länge von 9—15 cm resecirt; Heilung, aber nach 6 Wochen Tod an Bronchitis.

4. 14jähr. Knabe, wegen Empyems von der 4. bis 8. Rippe Stücke von 13—18 cm entfernt, schnelle Reconvalescenz.

5. 4jähr. Mädchen, Resectionen von der 4. bis 8. Rippe in der Länge von 4—12 cm; schnelle Heilung.

6. 48jähr. Frau, grosser Abscess in der Ileo-Lumbalgegend eröffnet, 4 Tage später Resection der 7. und 8. Rippe wegen eines alten abgekapselten Empyems, das zu einer subphrenischen Eiterung geführt hatte, Heilung.

In einem letzten, mit Erkrankung eines Wirbelkörpers complicirten Falle bei einem 38jähr. Manne wurden mit günstigem Erfolge von der 4.—8. Rippe Stücke von 11—18 cm Länge resecirt.

Koerte's (2) Kreuzbein-Resection wurde bei einer 47jähr. Frau wegen einer an der rechten Kante des Kreuzbeins sitzenden ca. faustgrossen derben, nicht druckempfindlichen Geschwulst, die mit der Haut nicht verwachsen war, ausgeführt. Das Steissbein war etwas nach innen gebogen, nicht druckempfindlich, die Geschwulst ging nicht in dasselbe über. Bei der Untersuchung per rectum fand sich dieses durch den an der Innenfläche des Kreuzbeins vorspringenden Tumor nach vorn vorgewölbt. Die Hinterwand des Darmes erschien jedoch auf der Geschwulstoberfläche verschieblich. Das Lumen des Darmes wurde durch den Tumor verengt. Geschwollene Drüsen waren nicht fühlbar, der Gesundheitszustand der Patientin war sonst ein guter. Bei stark erhöhter Steiss-Rückenlage wurde vom Aussenrande des Anus aus ein Längsschnitt bis nahe an das obere Ende des Kreuzbeines in der Mittellinie geführt, und der Tumor von links und rechts aus freigelegt. Das Steissbein wurde exarticulirt, der Levator ani und die Beckenfascie stumpf durchtrennt und so die Hinterfläche des Darmes freigelegt. Derselbe liess sich von der Geschwulst, welche eine derbe, glatte, fascienartige Umhüllung hatte, stumpf abschieben und wurde mit breiten Haken nach vorn gehalten. Das Kreuzbein war bis zum dritten Wirbel in den Tumor aufgegangen. Die Seitentheile der Geschwulst wurden, unter Abtrennung der seitlichen Bänder, beiderseits frei gemacht. Die Kapsel des Tumors riss dabei ein und liess weiche, grauröthliche, körnige Massen austreten. Die Auslösung des oberen Theiles der Geschwulst vom Knochen mit dem Meissel führte zu ziemlich lebhafter Blutung aus dem Knochen, welche durch Schwammcompression beherrscht wurde. Die Knochenfläche wurde sodann mit dem scharfen Löffel, soweit sie sich erweicht zeigte, ausgeschabt, und mit dem Thermocauter energisch gebrannt. Die grosse Wundhöhle wurde mit Gaze tamponirt, nachdem der Levator ani durch einige Catgutnähte vereinigt, und die grosse Hautwunde durch einige Seidennähte am oberen und unteren Winkel verkleinert war. Die Heilung erfolgte ohne Störung durch Granulation. Nach 3 Monaten konnte Pat. mit fester Narbe entlassen werden. Die Darmfunction war ohne jede Störung und ist auch so geblieben. Gehen, Stehen, Liegen ist ohne Beschwerde. Nur begann ca. $1/2$ Jahr nach der Operation eine Vorwölbung der Narbe beim Stehen sich zu zeigen, so dass Pat. eine Bandage mit Kreuzbeinplatte und elastischen Beinriemen erhielt, welche die Narbe stützte. — Nach 11 Monaten rechts von der unteren Kreuzbeinfläche ein ca. hühnereigrosser Tumor in den seitlichen Bändern und dem Ansatz der Musculatur gefunden. Bei der Operation zeigte es sich, dass die Knochenfläche mit dem Tumor nicht in Verbindung stand, sondern von glattem Bindegewebe überzogen und gesund war. Der Tumor liess sich aus den Weichtheilen rein ausschälen. Die Wunde heilte grösstentheils durch Granulation. Pat. war noch 4 Monate später gesund. Die microscopische Untersuchung des zuerst exstirpirten Tumors ergab ein Myxosarcom. Der zweite Tumor war auch sarcomatös, aber derber. An einigen Stellen zeigte sich eine Zwischensubstanz von faserknorpelähnlicher Structur. Vielleicht waren dies Reste des von der Neubildung durchwucherten derben Ligam. tuberoso-spinoso-sacrum. — K. hat noch einen zweiten Fall von Kreuzbeinsarcom operirt. Der 36jährige Patient führte die Geschwulst auf eine vor 3 Jahren erlittene Verletzung beim Heben einer schweren Last zurück. Es wurde eine kleinfaustgrosse, an der hinteren und vorderen Fläche des Kreuzbeins prominirende Geschwulst gefunden, und wurde diese durch Auskratzung und Cauterisation entfernt. Die Wunde heilte unter Tamponade. Nach 2 Jahren Recidiv, welches durch Resection des Kreuzbeines über dem 3. Sacralloch entfernt wurde. Gegen das Rectum zu, welches stark comprimirt war, bestand eine derbe, bindegewebige Abgrenzung. Die Wundhöhle wurde mit Jodoformgaze tamponirt. Leider entstand in Folge Beschmutzung mit Koth — Pat. konnte den Stuhl schlecht halten — ein Erysipel, welchem er erlag. Bei der Section wurde eine granulirende Höhle an der Operationsstelle gefunden, ohne nachweisliche Geschwulstwucherung in der Umgebung. Der knöcherne Wirbelcanal war eröffnet. Die verklebten serösen Häute schlossen die Höhle gegen den oberen Theil zu ab. Es bestanden keine inneren Metastasen. Der entfernte Tumor war ein Rundzellensarcom.

3. Resectionen und Arthrotomieen an der oberen Extremität.

1) Israel, J., Zwei Fälle von Exstirpation des Schulterblattes. Berliner klin. Wochenschr. S. 987. — 2) Schultz, Wilhelm, Strassburg i. E., Zur Statistik der totalen Entfernung des Schulterblattes. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 43. S. 443. — 3) Warren, Collins, A case of total excision of the scapula for sarcoma. Boston Med. and Surg. Journ. Vol. 134. p. 511. — 4) Clark, Henry E. (Glasgow), Amputation of scapula for sarcoma, with preservation of a useful limb. Glasgow Med. Journ. Vol. 45. p. 1. — 5) Hall, G. C., Allahabad, Case of removal of the scapula and upper extremity for sarcoma. Lancet. Vol. I. p. 352. Mit 3 Abbildgn. (Entfernung der Scapula und der ganzen oberen Extremität wegen eines enormen Tumors bei einem indischen Bettler; schnelle Heilung.) — 6) Berger, Arthrotomie pour une luxation intracoracoidienne de l'humérus, compliquée de fracture de l'extrémité supérieure de cet os. Bullet. et Mém. de la Soc. de chir. p. 215. — 7) v. Berks, Aurel, Ritter, Ein interessanter Fall von functionstüchtigem Schlottergelenk des Ellbogens nach vorangegangener Resection. Wiener med. Wochenschr. S. 1295. (Mit 4 Abbildungen). — 8) Wolff, Oscar (Köln), Zur Resection des tuberculösen Handgelenks. v. Langenbeck's Archiv. Bd. 53. S. 312.

J. Israel (1) führt an, dass der Erste, welcher mit der Tradition, mit der Exstirpation des Schulterblattes auch die ganze Oberextremität zu entfernen, brach, B. v. Langenbeck war, der 1850 die erste derartige, aber tödtlich verlaufene Operation machte, 1855 aber einen glücklich verlaufenen Fall hatte. Die bisher in dieser Weise wegen Sarcomen, Gallert- und Osteoid-Chondromen, sowie deren Mischformen Operirten hatten in der vor-antiseptischen Zeit bis 1875 eine Mortalität von 17 pCt., in der antiseptischen von nur 7 pCt., jedoch ist von allen Geheilten nur eine Beobachtungszeit von höchstens $1^1/_2$ Jahren, also von zu kurzer Dauer, bekannt. Nicht unwahrscheinlich ist es, dass bei bösartigen Schulterblatt-Tumoren bessere Dauerresultate zu erzielen sind, wenn der Arm und das Schlüsselbein sogleich mit entfernt werden.

In den beiden von I. operirten Fällen handelte es sich um maligne Tumoren der r. Scapula, und zwar einmal um ein von der vorderen Periostbekleidung des Schulterblattes ausgehendes Spindelzellensarcom; das zweite Mal, bei dem vorgestellten Patienten um Myxochondrosarcom. Der erste, ein halbes Jahr nach Wahrnehmung der Geschwulst operirte 38jähr. Pat. ist mit ebenso guter Functionsfähigkeit des Armes geheilt, wie der vorgestellte, ist aber 1 Jahr nach der Operation an Sarcomatose der Leber und r. Pleura, vermuthlich auch der r. Lunge, gestorben. Der anwesende 36j. Pat. aber vermag zu zeigen, wie nützlich in solchen Fällen die Erhaltung des Armes ist, selbst wenn, wie in diesem Falle, zuvor auch das Caput humeri resecirt worden war. — Pat. führt sein Leiden auf einen Fall auf die

Schulter aus 4 Meter Höhe zurück. Die später entstandene Geschwulst wurde durch Resection des Oberarmkopfes von Gruber in Charkow entfernt, mit der anatomischen Diagnose: Enchondroma capitis humeri. Ein Jahr post op. wurde ein Recidiv bemerkt, nämlich eine Schlottergelenkverbindung zwischen Humerus und Schulterblatt; der Humerus frei von Geschwulstbildung, aber nach der Achselhöhle hin prominirte eine Geschwulst, welche, von der Scapula ausgehend, medianwärts die Mohrenheim'sche Grube ausfüllte und die Pectoralmuskeln stark hervorwölbte, lateralwärts den Hals und die Pars glenoidalis des Schulterblattes einnahm. Die grossen Gefässe und der Plexus brachialis verliefen an der Medianseite des Tumors; in der Achselhöhle waren einige vergrösserte Drüsen fühlbar. Die Totalresection der Scapula wurde mit T-Schnitt, dessen senkrechter Schenkel dem inneren Rande der Scapula entsprach, dessen horizontaler längs der Crista scapulae bis zum Acromioclaviculargelenk verlief, ausgeführt. Nach Eröffnung des Acromioclaviculargelenks sowie Durchtrennung der Pseudarthrose zwischen Humerus und Schulterblatt konnte man den lateralen Theil desselben vom Rumpfe abziehen und so von aussen nach innen die Vorderfläche des Tumors freilegen, um von ihr vorsichtig A. und V. subclavia resp. axillaris und den Plexus brachialis abzulösen. Die Wunde wurde zum Theil vernäht, zum Theil tamponnirt. Die Heilung erfolgte ohne Zwischenfall. — Der Tumor ist ein Kindskopfgrosses, cystoides Gallertchondrom mit sarcomatösen Beimischungen, welches die ganze Scapula aufgetrieben hat, so dass von letzterer nur noch eine mediane Randzone und die Crista und ein Theil der Pars supraspinata frei geblieben sind. — Bei dem Pat. sieht man eine steil in die Höhe ragende Prominenz auf der Schulterhöhe, welche das Acromialende des Schlüsselbeins darstellt, das durch den erhaltenen Theil des M. cucullaris nach hinten und oben verzogen ist. Hinten sieht man die Tförmige Exstirpationsnarbe; an dem Rest des M. deltoides hängt der Arm. Die activen Bewegungen desselben werden vermittelt durch die Mm. pectoralis major und latissimus dorsi. Pat. ist im Stande, die Hand auf die l. Schulter sowie auf den Rücken zu legen, schwere Gewichte zu heben und bei rechtwinklig flectirtem Vorderarm so lange wie ein Gesunder erhoben zu halten. Er vermag vollkommen gut zu schreiben, und zwar nicht nur mit auf dem Tische aufruhenden Vorderarm, sondern ebenso gut im Stehen. Da er Bureaubeamter ist, kann er seinem Berufe nachgehen. Eine Verbesserung seiner Leistungsfähigkeit würde noch erreicht werden, wenn man die schlotternde Beweglichkeit zwischen Arm und Körper dadurch einschränkte, dass man von einem den Oberkörper umgebenden Wamse einige starke Spiralfedern zu einer den Oberarm umfassenden Lederhülse gehen liesse, welche das Herabhängen des Oberarms verhindern.

Die Statistik der totalen Entfernung des Schulterblattes, in Ergänzung der früheren, von Adelmann 1879 und 1888 aufgestellten, bis auf die neueste Zeit zu vervollständigen, hat sich Schultz (2) zur Aufgabe gestellt. Er theilt, wie Adelmann, die Fälle ein in:

I. Fälle von Totalexstirpation der Scapula (ohne Entfernung der oberen Extremität) und hat von solchen, die theils von Adelmann nicht erwähnt, theils nach seiner zusammenstellenden Arbeit (von 1879) mitgetheilt worden sind, noch aufgefunden: 57.

II. Fälle von operativer Entfernung des ganzen knöchernen Brustgürtels, von denen er an solchen, die (vor 1888 operirt) in der Adelmann'schen Sammlung fehlen, oder nach 1888 operirt sind, noch gefunden hat: 53.

Die aus dieser Statistik zu ziehenden Resultate sind folgende:

Vor 1875 ausgeführte Totalexstirpationen wegen maligner Tumoren 23; davon im Anschluss an die Operation 4 † = 17,39 pCt., an Recidiven oder Metastasen 9 = 39,13 pCt., aus anderen Ursachen, die mit der Operation nicht im Zusammenhang stehen, 2 = 8,70 pCt.

Als Heilungen sind verzeichnet 7 Fälle = 30,43 pCt., davon später noch als solche constatirt: keine. Der Erfolg unbekannt war in 1 Fall = 4,35 pCt.

Nach 1875 ausgeführte Totalexstirpationen wegen maligner Tumoren 28; davon unmittelbar im Anschlusse an die Operation 2 † = 7,14 pCt., an Recidiven oder Metastasen 5 = 17,86 pCt., aus Ursachen, die mit der Operation nicht zusammen 2 = 7,14 pCt., Heilung in 18 Fällen = 64,29 pCt., und sind davon 3 Fälle oder 10,71 pCt. constatirte Heilungen; der Erfolg unbekannt in 1 Fall = 3,57 pCt.

Totalexstirpationen wegen Caries und Necrose, vor 1875 operirt 8, mit 1 † = 12,50 pCt. und 7 Heilungen = 87,50 pCt., nach 1875 operirt 14, alle = 100 pCt. geheilt.

Totalexstirpationen wegen Verletzungen oder aus anderen Indicationen, vor 1875 operirt 17, davon an den Folgen der Operation gestorben 9 = 52,94 pCt., geheilt 7 = 41,18 pCt., der Erfolg unbekannt 1 Fall = 5,88 pCt. Aus der Zeit nach 1875 sind solche Fälle nicht bekannt.

Entfernung des ganzen knöchernen Brustgürtels wegen maligner Tumoren: Vor 1875 26, davon im Anschluss an die Operation 5 † = 19,23 pCt., an Recidiven oder Metastasen 9 † = 34,62 pCt., geheilt 9 = 34,62 pCt., Heilung später constatirt 8 = 30,77 pCt.

Nach 1875 operirt: 25, davon nach der Operation 9 † = 13,04 pCt., an Recidiven oder Metastasen 19 † = 27,54 pCt., geheilt 39 = 56,52 pCt., als geheilt später constatirt 17 = 24,64 pCt., unbekannt 2 = 2,90 pCt.

Dieselbe Operation wegen entzündlicher Processe (Caries, Necrose) vor 1875: 2, alle geheilt: nach 1875: 5, alle geheilt.

Dieselbe wegen umfangreicher Verletzungen vor 1875: 14, davon 5 † = 35,71 pCt., geheilt 9 = 64,29 pCt.; nach 1875: 8, davon 3 † = 37,50 pCt., geheilt 5 = 62,50 pCt.

Warren (3) führte bei einem 14jährigen Knaben die Total-Exstirpation der r. Scapula wegen eines Sarcoms nach Treves' Verfahren aus. Längsschnitt am inneren Rande, dazu rechtwinkelig einer über der Spina scapulae. Zwei kleine Drüsen am unteren Schulterblattwinkel entfernt, ungefähr 30 Gefässe unterbunden. Heilung der Wunde durch prima intentio. Pat. wurde danach der Coley'schen Antitoxin-Behandlung unterworfen.

Bei Clark's (4) Patienten, einem 13jähr. Knaben, fand sich an der linken Scapula ein harter schmerzloser Tumor. Horizontaler Schnitt längs der Spina scap. bis zum Acromion; von der Mitte des Schnittes wurden zwei Schnitte abwärts zum unteren Winkel in Gestalt

eines V geführt, behufs Fortnahme der daselbst befindlichen gerötheten Haut. Freimachung des oberen Winkels, Durchtrennung des Acromion, darauf, nach Abtrennung des hinteren Randes, Eröffnung des Schultergelenks und Trennung des Proc. corac. Entfernung des Tumors. Die Blutung war nicht sehr erheblich. Nur der untere Theil der Wunde heilte per I. int., da der obere sich schwer reinigen liess. — Der Tumor nahm beide Flächen der Scap. ein, in der Mitte desselben war der Knochen zerstört. In Folge der Erhaltung des Acromion und des Proc. corac. kann Pat. die Hand auf die entgegengesetzte Schulter, auf den Kopf, an das Hinterhaupt und den Rücken legen; mangelhaft allein ist die directe Erhebung, in Folge der Spannung der Narbe.

Berger's (6) Pat. hatte sich eine Luxation und Fractur des oberen Endes des Os humeri zugezogen. Die Luxation war eine infracoracoidea, der Oberarmkopf war sehr weit unter den M. pectoral. maj. gedrungen und konnte von den Fingern nicht erreicht werden. Die Fractur sass am Collum humeri chirurg., an der Insertion des M. deltoid. Am 16. Tage nach dem Unfall wurde die Arthrotomie ausgeführt, der Deltoideus am Rande der Gelenkhöhle eingeschnitten, ebenso wie die stark gespannte Gelenkcapsel. Man konnte nun den Gelenkkopf erreichen, der mit grosser Gewalt mittelst einer Zange in die Gelenkhöhle gezogen werden musste. Naht der Kapsel und des Deltoideus; die Bruchflächen wurden bloss aneinandergeführt. Heilung in 4 Wochen mit mässiger Brauchbarkeit des Gliedes.

von Berks (7) giebt, ehe er seinen Fall von sehr gut functionirendem Schlottergelenk des Ellenbogens beschreibt, eine vergleichende statistische Zusammenstellung über die durch die Resection des Ellenbogengelenks in der Kriegs- und Friedens-Praxis in der vor- und nachantiseptischen Zeit erreichten functionellen Resultate (nach Culbertson, Gurlt, Kummer, G. Middeldorpf).

Der 33jährige Pat., bei dem vor 11 Jahren aus nicht bekannter Veranlassung das r. Ellenbogengelenk resecirt worden war, zeigt ein Herumbaumeln des r. Unterarmes, der bei Bewegungen des Kranken im Ellbogengelenke wie eine todte Masse herumpendelt. Die ganze Extremität ist um 7 cm, das Os humeri um 8 cm, der Unterarm um 3 cm verkürzt. Diastase der resecirten Knochenenden bei rechtwinkliger Beugung 4, bei Streckstellung 3 cm; der r. Oberarm in der Mitte um 6 cm schwächer als der l., der Unterarm nur um 1 cm. An der Streckseite eine 11 cm lange, $^1/_2$ cm breite strahlige Narbe; über dieser in etwa 8 cm Entfernung gleichfalls eine halb so grosse. Sowohl in Beuge- als in Streckstellung rutscht der Unterarm an der medialen Seite des peripheren Humerusabschnittes entlang herauf, so dass Ober- und Unterarm neben einander liegen; es reicht also das resecirte Unterarmende nicht an die Vorderfläche des Humerus, wie das bei den meisten activen schlotternden Ellbogengelenken nach Resection der Fall ist; die Retraction beträgt 9 cm. Der Stützpunkt für den Unterarm bei Beugung-Streckung wird also in diesem Falle nicht von dem vorderen unteren Humerusantheil geliefert, wie gewöhnlich bei diesem Schlottergelenk, sondern die Fixation kommt bei der Muskelcontraction durch die Weichtheilehemmung der neben einander verschobenen Extremitätentheile zu Stande. Bei horizontaler Elevation des Oberarmes baumelt der Unterarm wie eine todte Masse herum, wobei der Rest des Epicondylus ext. spitzig hervorragt. Mit dem Unterarm ist activ und passiv eine Circumduction im ganzen Kreise ausführbar, sowohl in der Richtung des Uhrzeigers als auch umgekehrt. Pat. ist im Stande einen Rohrsessel aus gebogenem Holze bei gestreckter Extremität in die Höhe zu heben und so auch zu halten. Hierbei kommt sofort die dorsale Einknickung im Bereiche des Gelenkes zum Vorschein. — Der Fall ist ein seltenes Beispiel eines functionstüchtigen Schlottergelenkes, welches nach Totalresection des Ellbogengelenkes zurückblieb. Der Knochendefect ist ein hochgradiger; der Contact der resecirten Knochenenden ist bei passiver Haltung der Extremität gänzlich aufgehoben; derselbe kommt auch bei activer Beugung und Streckung nicht zu Stande, weil hierbei eine Juxtapposition erfolgt, was den Fall bemerkenswerth macht. Diese macht es auch begreiflich, dass die Leistungsfähigkeit der resecirten Extremität nicht die frühere Höhe erreicht hat, indem zu grösseren, anstrengenden Muskelactionen eine sicherere, zuverlässigere Fixation des Gelenkes erforderlich ist, als sie während der Action des Armes durch die neben einander liegenden, nur in dem Widerstand der Weichtheile einen Stützpunkt findenden Gelenkenden geboten wird. Und trotzdem muss das Resultat hier als ein vorzügliches bezeichnet werden, und zwar aus dem Grunde, weil trotz der bedeutenden Diastase der Gelenkenden und der Juxtapposition derselben die Gebrauchsfähigkeit der Extremität einen solchen Grad erreicht hat, dass mit Ausnahme schwerer Arbeiten sämmtliche Manipulationen mit Leichtigkeit und Sicherheit ausgeführt werden können, was am Besten der Umstand beweist, dass der Kranke seinen Lebensunterhalt als Taglöhner erwirbt.

Der anatomische Bau des Handgelenkes, macht es nach Wolff (8) begreiflich, dass die Tuberculose auch im frühen Stadium nur selten auf einzelne Abschnitte beschränkt bleibt, da durch die Gelenkspalten der Weiterverbreitung Thür und Thor geöffnet ist. Daraus erklärt sich die Thatsache, dass beim Fungus frühzeitig der ganze Carpus ergriffen wird.

Dementsprechend geben partielle Resectionen am Handgelenk bezüglich der Ausheilung nur selten günstige Resultate, häufig treten Recidive auf und machen eine Nachoperation nöthig. Wird das tuberculöse Handgelenk Gegenstand des chirurgischen Eingreifens, so empfiehlt es sich in der Regel, möglichst ausgedehnt zu reseciren, die gesammten Carpalknochen zu entfernen. Der hierdurch gesetzte Knochendefect ist ziemlich gross, er wird recht beträchtlich, wenn ausser den Carpalknochen das periphere Ende des Vorderarmes oder der centrale Theil der Mittelhandknochen tuberculös erkrankt ist und entfernt werden muss. Je grösser der Knochendefect, desto grösser ist die Gefahr für die Entstehung eines Schlottergelenkes. Gerade bei der Hand entsteht ein solches relativ häufig, und giebt hier ein ganz unbrauchbares functionelles Resultat; die Hand ist gegen den Vorderarm volarwärts und nach oben verschoben.

Bardenheuer bediente sich in letzter Zeit bei der Handresection einer Methode, durch die es mit Sicherheit gelingt, ein Schlottergelenk zu vermeiden, Ankylose zu erzielen. Das wird durch 11 nach ihr operirte Fälle bewiesen. Unter den 11 Fällen befinden sich 2, in denen nach einer früher ausgeführten totalen Handresection unbrauchbare, tuberculös erkrankte, pas-

sive Schlottergelenke entstanden waren; es gelang auch hier, Heilung in Ankylose zu erzielen.

Die wesentlichen Momente des B.'schen Verfahrens sind folgende:

1. Das Gelenk wird geräumig blossgelegt, entweder mit grossem dorso-radialen Längsschnitt oder mit Querschnitt; letzteres bei Miterkrankung der Haut.

2. Die dorsalen Sehnen werden stets verkürzt; sind sie erkrankt, resecirt.

3. Alles Kranke wird gründlichst excidirt, ohne Rücksicht auf die Grösse des Knochendefects. Die Vorderarmknochen werden, so weit sie erkrankt sind, abgetragen; gleichfalls die Metacarpen — in einem Falle war die Tuberculose so ausgedehnt, dass die Hälfte des Antibrachium und die gesammten Metacarpen entfernt werden mussten. Die Basalphalangen der Finger wurden an die Resectionsfläche des Radius und der Ulna angenagelt.

4. Die Resectionsflächen werden keilförmig gestaltet und in einander hineingeschoben. Dadurch fällt die Wundhöhle fort, die Heilungsdauer wird abgekürzt.

5. Die Knochenflächen werden aneinandergenagelt. Durch den so entstehenden innigen Contact wird die erstrebte Ankylose erzielt.

4. Resectionen, Osteotomieen und Arthrectomieen an der unteren Extremität.

1) Gluck, Besprechung und Demonstration einer Anzahl von operativen Eingriffen am Hüftgelenk. Berlin. klin. Wochenschrift. S. 151. (7 Fälle, grösstentheils Kinder betreffend, mit verschiedenen Operationen am Hüftgelenk und anderen Körpertheilen.) — 2) Büdinger, Konrad, (Wien), Lineare Osteotomie des Schenkelhalses bei statischer Schenkelhalsverkrümmung (Coxa vara). Wiener klin. Wochenschr. No. 32. — 3) Jagerink, M., De acetabulotoom. Weekblad. p. 123. (J. hat ein ein neues Instrument zur Bildung einer Gelenkpfanne bei der Operation der angeborenen Hüftgelenks-Luxation angegeben, bestehend aus 4 kugelförmig angeordneten bei der Drehung schneidenden Schalen.) — 4) Lachouille, Etude comparée de l'ostéotomie et de la résection dans les ankyloses du genou chez l'enfant. Paris. 8. — 5) Binard, J. W., (Bordeaux), Ankylose angulaire du genou. Résection cuneiforme de l'articulation après section transversale de la rotule. Suture consécutive au fil d'argent des deux fragments de la rotule. Guérison. Bullet. et Mém. de la Soc. de chir. p. 476. (25 jähr. Mädchen. Heilung in 7 Wochen.) — 6) Cousins, John Ward, (Portsmouth), Excision of the knee-joint in middle life: jamming the bones. British Med. Journal. Vol. II. p. 177. — 7) Plimpton, W. O., (New York), Excision of the knee as an orthopaedic procedure. Med. Rec. Vol. 49. p. 112. (Ist für frühzeitige Resect. u. beschreibt die Operat. m. vord. Lappen.) 8) André, Paul (Nancy), Des déviations angulaires consécutives à la résection et à l'arthrectomie du genou chez l'enfant. Gaz. hebdomad. de méd. p. 961. (Empfiehlt dagegen alle bei der winkeligen Ankylose anzuwendenden Verfahren.) — 9) Brown, W. Croumble, Osteotomy in a man of forty-two. British med. Journ. Vol. II. p. 742. (Osteotomie bei bedeutendem Genu valgum [die Fersen waren 18 Zoll von einander entfernt], nach Macewen's Verfahren mit günstigem Erfolge.) — 10) Cushing, Hayward W. (Boston), Excision and erasion of the knee. Boston med. and Surg. Journ. Vol. 135. p. 286. (Mit 8 Figuren, welche verschiedenartige Zerstörungen der Gelenkenden darstellen.) — 11) Sutton, J. Bland, On a case in which the upper half of the fibula was excised for a sarcoma. British med. Journ. Vol. I. p. 1086. — 12) Kerr, James (Washington), Linear supramalleolar osteotomy for deformity following fractures of the lower third of the leg. Medical News. Vol. 69. p. 172. — 13) Schwartz, E., De la conduite à tenir à l'égard du péroné dans les ostéotomies pour fractures non ou mal consolidées des deux os de la jambe. Union médicale. p. 387. (Empfiehlt unter den angegebenen Umständen stets auch die Osteotomie der Fibula auszuführen.) — 14) Lauenstein, Carl (Hamburg), Die heute üblichen Methoden der Arthrectomie des Fussgelenkes in ihrem principiellen Verhältniss zu der Osteoplastik nach Wladimiroff-Mikulicz. Centralbl. für Chirurgie. No. 97. — 15) Ollier, De la conservation du pied dans les cas d'ostéomyélite du tibia propagée à l'astragale et aux autres os du tarse. Deux observations d'ablation de la presque totalité du tibia et de tout l'astragale suivie de la régéneration du tibia et de la reconstitution d'une articulation tibio-tarsienne solide et mobile. Revue de chirurgie. T. XVI. p. 573. — 16) Landerer, A. (Stuttgart), Medianer Fersenschnitt. Centralbl. f. Chirurg. S. 356. — 17) Oswiecimski, V. (Kattowitz, O.-S.). Ebenda. S. 905. — 18) Wolff, Oscar (Köln), Ueber ausgedehnte Resectionen am tuberculösen Fusse. v. Langenbeck's Arch. Bd. 53. S. 304. — 19) Cramer, K. (Köln), Ersatz eines Metatarsus durch Osteoplastik. Centralblatt für Chirurgie. S. 99. — 20) Rochard, E., Pied bot varus équin congénital chez l'adulte, traité par l'extirpation de l'astragale, du scaphoïde, du cuboïde et deux tiers antérieurs du calcanéum; guérison. Rapport par E. Kirmisson. Union médicale. p. 349. (19jähr. Mann; das Resultat der ausgedehnten Resection an einem Fusse war befriedigend, nach 2 Monaten begann Pat. mit Krücken zu gehen; es war noch ein Fistelchen vorhanden.)

Büdinger's (2) lineare Osteotomie des Schenkelhalses bei Coxa vara betraf folgenden Fall:

15jähriges Mädchen, seit langer Zeit hinkend, mit watschelndem Gange, bei beiderseitiger, links besonders ausgesprochener Schenkelhalsverkrümmung, hatte sich im Gebrauche seiner Extremitäten so verschlechtert, dass es seit einigen Wochen fast fortdauernd bettlägerig war und nur mit Krücken und den grössten Schmerzen einige Schritte machen konnte. Man fand: Beide Oberschenkel, besonders der linke, auffallend nach aussen rotirt, der linke um 3 cm kürzer als der rechte, die Spitze des rechten Trochanter 1 cm, die des linken 4 cm über der Roser-Nélaton'schen Linie stehend, Abduction und Aussenrotation rechts etwas beschränkt und sehr schmerzhaft, links ganz aufgehoben, Einwärtsrollung nur andeutungsweise möglich, Beugung vollkommen frei; die Bewegungen in der tiefsten Chloroformnarcose nach keiner Richtung freier.

Operation: Längsschnitt im äusseren Drittel des Lig. Poup. von 8 cm Länge durch die Fascia lata, stumpfes Vordringen bis zum Schenkelhalse, der sich in flachem, nach unten und vorn etwas convexem Bogen gegen den Schaft unter einem Winkel von 80—85° stehend fand. Durchtrennung des verdickten und blutreichen Periosts an seiner vorderen Peripherie, ohne Eröffnung der Gelenkkapsel, und Trennung von Hals und Schaft in gerader Richtung mit einem breiten Meissel, bei auffallend starker Blutung. Darauf wurden Muskeln und Fascie mit versenkter, die Haut mit fortlaufender Naht vereinigt und die linke Extremität in auswärts rotirter und stark abducirter Stellung von etwa 50° gegen den Stamm mittelst einer beide Extremitäten umfassenden Gypshose, die über den Knieen

durch einen langen und starken Verbindungsbügel gestützt waren, fixirt. Nach 3 Wochen der Verband durch eine Heftpflaster-Extension ersetzt und 3 Wochen später mit passiven Bewegungen und Massage begannen. Pat. konnte bereits einige Schritte machen, ging nach einer Woche ohne Stock und war 9 Wochen nach der Operation den ganzen Tag auf den Beinen, ohne alle Schmerzen. Die Spitze des linken Trochanter steht $1/2$ cm über der Roser-Nélaton'schen Linie, die Beine sind gleich lang, sämmtliche Bewegungen im Hüftgelenk, auch die Ein- und Auswärtsrotation sind in ihren physiologischen Grenzen frei.

Cousins (6) berichtet zunächst über 3 Fälle von Kniegelenks-Resection, die von ihm, was nicht ganz gewöhnlich ist, bei 3 Personen im mittleren Lebensalter, nämlich Männern im Alter von 39, 47 und 50 Jahren mit gutem Erfolge ausgeführt wurden. — Bezüglich des geeignetsten Alters führt er an, dass weder sehr junge Personen, z. B. Kinder unter fünf Jahren, noch sehr bejahrte dafür geeignet sind. Er hat im Ganzen 14 Kniegelenks-Resectionen ausgeführt, alle geheilt, darunter eine aber erst nach einer Amputation. — Sein Verfahren ist folgendes: Vorderer Bogenschnitt, Erhaltung von der Patella und von den Gelenkenden so viel als möglich, Exstirpation der gesammten Synovialhaut mit der Scheere, genaue Vereinigung (jamming) der Sägeflächen mittelst Catgutnähten durch die Periostflächen und die Schnittflächen des Lig. patellae, Lagerung auf einer geraden, gepolsterten, mit einem abnehmbaren Fussstück versehenen Schiene, die durch einen Gypsverband befestigt und dann suspendirt wird.

Nachdem Arbuthnot Lane nach Anführung einer beträchtlichen Anzahl von Beobachtungen den Nachweis geliefert hat, dass die durch einen Schrägbruch im unteren Drittel des Unterschenkels herbeigeführte Deformität Unsicherheit des Ganges und Schmerzen verursacht und die Arbeitsfähigkeit von Personen aus der arbeitenden Klasse erheblich herabsetzt und durch eine Operation in 3 Fällen sehr befriedigende Resultate erzielt hat, hat Kerr (12) eine einfache, nicht näher beschriebene supramalleoläre Osteotomie, ebenso wie das Hahn-Langerbach-sche Verfahren zur Verbesserung des Pes valgus, ausgeführt. Ausser einigen Abbildungen finden sich keine näheren Angaben.

Sutton (11) resecirte die obere Hälfte der Fibula wegen eines Periost-Sarcoms bei einer 23jährigen Frauensperson mittelst eines Längsschnittes an der Aussenseite und Durchtrennung des durch eine Grube des Tumors verlaufenden N. musculo-cutaneus, während Artt. und N. tibial. antica getrennt werden mussten, die Vasa und N. tibial. post. aber erhalten blieben. Der Knochen wurde etwas unter seiner Mitte durchtrennt und an beiden Enden des N. musculo-cutan. mit feinem Catgut vereinigt, ebenso wie die verschiedenen Muskelschichten. Schnelle und günstige Heilung. Ein sich ausbildender Talipes equinus wurde durch eine orthopädische Behandlung beseitigt. Der Tumor war ein Rundzellen-Sarcom.

Lauenstein (14) führt an, dass in allen Fällen, in denen er bei Operationen tuberculöser Fussgelenke von der beabsichtigten Arthrectomie zu umfangreicheren Operationen z. B. zur Entfernung des Talus oder zur Wladimiroff-Mikulicz'schen Operation übergehen musste, ihm stets der ausgedehnte äussere Längsschnitt, den er früher (s. Jahresber. f. 1890. II. S. 475) angegeben hat (den aber schon vor 25 Jahren Albanese angewendet hat), zu Statten gekommen sei, indem, wenn er z. B. den Hueter'schen Querschnitt angewendet hatte, zum Nachtheil des Pat. die conservirende Operation nach Wladimiroff-Mikulicz nicht mehr in Frage hätte kommen können. Auch für die Arthrodese des Fussgelenks (Albert) wird, wie aus der Literatur zu ersehen, noch von einzelnen Operateuren der Hueter'sche Querschnitt verwendet. Es ist aber von vornherein nicht ausgeschlossen, dass die Fusswurzel solcher ankylosirter Füsse später gelegentlich einmal tuberculös erkrankt. In solchen Fällen würde aber sicherlich, falls die Indication zu der Operation nach Wladimiroff-Mikulicz vorläge, die quere Narbe der vorderen Weichtheilbrücke für die Ernährung des Vorfusses verhängnissvoll werden. Er glaubt daher, dass für die Athrodese des Fussgelenks es zweckmässiger ist, eine der Methoden, die mit seitlicher Schnittführung arbeiten, wie die von König, Bruns etc. zu wählen. L. kann aus eigener Erfahrung versichern, dass z. B. der von ihm empfohlene äussere lange Schnitt, verbunden mit dem Aufklappen des Gelenks, wie es zuerst Kocher gelehrt hat, in ganz bequemer Weise gestattet, sämmtliche Knorpelflächen von Tibia, Fibula und Talus auf das Genaueste abzutragen. In allen den Fällen von Arthrodese, die er in dieser Weise operirt hatte, hatte er eine vollständige Ankylose des Tibiotarsalgelenks erzielt, ohne dass er, ausser der gelegentlichen Vereinigung der Knochen durch Catgutnaht, irgend welche anderen Maassnahmen als den Gypsverband zu Hilfe genommen hätte. — L. weist daher auf Folgendes hin: Will der Chirurg seinen Kranken die Möglichkeit einer unmittelbar sich anschliessenden oder späteren Resection nach Wladimiroff-Mikulicz erhalten so muss er die dorsale Weichtheilbrücke schonen und wird gut thun, auf den vorderen Querschnitt zu verzichten.

Ollier's (15) Mittheilung hat den Zweck, den Nachweis zu liefern, dass nach ausgedehnten Substanzverlusten, welche den Astragalus und die entsprechende Tibia und selbst den Calcaneus betreffen, man solide und bewegliche Glieder von regelmässiger Gestalt und so vollständiger Gebrauchsfähigkeit erhalten kann, dass der Operirte ohne Hinken zu gehen und alle Geschäfte eines thätigen Lebens ohne Hilfe irgend eines Apparates zu verrichten im Stande ist.

Der erste Fall, vor 7 Jahren (1889) operirt, betraf ein 15jähr. Mädchen, bei dem die Osteomyelitis seit mehr als 6 Monaten bestand und bereits eine Verkürzung der beiden Knochen des erkrankten Beines (der Tibia um 18, der Fibula um 3 mm) verursacht hatte. Es bestanden mehrere Fisteln und adhärente Narben und eine Verwachsung des Astragalus bei Varo-equinus-Stellung des Fusses. Schnitt längs der Tibia von der obersten, im oberen $1/3$ gelegenen Fistelöffnung bis zur Spitze des Malleol. internus. Es hatte eine Spontanfractur der Tibia nahe der oberen Epiphysenlinie stattgefunden, der ganze Markcanal war mit Eiter erfüllt, der Astragalus mit allen benachbarten Knochen

verwachsen. Ablösen des Periosts auf der hinteren Fläche, während es vorn abgelöst war und osteoide Schichten enthielt. Es wurde die Tibia von der oberen Epiphyse an, nebst der ganzen unteren Epiphyse, ausgenommen die äusserste Spitze des Knöchels, fortgenommen, ebenso der sehr deformirte Astragalus. Man konnte den Fuss darauf geraderichten. Um aber bei weiterem Wachsthum der Pat. die Entstehung eines Varus zu verhüten, wird ein Stück der Epiphyse, d. h. die Spitze des Malleol. extern. fortgenommen. Theilweise Vereinigung der Wunde, die übrige offen gelassen, Jodoformverband, Gypsschiene. Die Reossification der Tibia in ihren unteren $^4/_5$ ging schnell von statten, eine Pseudarthrose, die im oberen Theile des Unterschenkels zwischen altem und neuem Knochen zurückblieb, war erst nach einem Jahr, ebenso wie alle Fisteln schon früher, geheilt und wurde die Pat. nach etwa 8 Monaten entlassen. Der Fuss ist von gutem Aussehen, wird flach auf den Boden gesetzt, der Malleol. intern. ist degenerirt, indessen ist er nicht so stark, wie der andere. Pat., die anfänglich sich eines Stützapparates bediente, geht ohne solchen, der Fuss wird mehr und mehr beweglich, die Wade kräftiger.

Im zweiten Falle, ein 10jähr. Mädchen betreffend, wurde eine ähnliche Operation ausgeführt, ein 183 mm langer Sequester entfernt, dabei das verdickte Periost und in der Epiphyse einige innere Knochentheile vom Malleol. intern. erhalten, der von Eiter infiltrirte Astragalus aber ganz entfernt, das Os naviculare abradirt und die obere Fläche des Calcaneus excavirt, ebenso wie das Tibio-Fibulargelenk. Die Haupterkrankung hatte ihren Sitz zwischen Dia- und Epiphyse gehabt. Nach Ausstossung vieler kleiner Sequester, erfolgte eine schnelle Reossification der Tibia. Nach 1 Jahre waren noch 4 Fistelöffnungen vorhanden, die ausgekratzt wurden, auch noch nach 20 Monaten wurde ein kleiner Sequester entfernt, das Bein war aber durchaus solide. — Zustand 4 Jahre nach der Operation: Pat. geht ohne Stützapparat mit gewöhnlicher Fussbekleidung mit 2 cm erhöhtem Hacken, hinkt gar nicht, tanzt, die Bewegungen des Fusses sind beschränkt, es ist aber keine Ankylose vorhanden; das ganze Glied ist um 43 mm verkürzt.

Nach Wolff (18) geben die totalen Resectionen der tuberculösen Fusswurzel in functioneller Hinsicht auffallend gute Resultate; derartig Operirte gehen ohne besondere Prothese gut und sicher im gewöhnlichen Schnürschuh mit wenig erhöhter Sohle, trotzdem ein wesentlicher Theil des Fusses entfernt ist. Der dorsale Querschnitt bewährt sich bei diesen Erkrankungen darum so gut, weil er die Ausführung der Operation ausserordentlich erleichtert und eine freie Uebersicht über die einzelnen Knochen und Gelenke gewährt und ist selbst noch am Platze, wenn die Tuberculose nicht auf den Tarsus allein beschränkt geblieben ist, sondern auch centralwärts das Talo-Cruralgelenk weit überschritten und eine grosse Strecke des knöchernen Unterschenkels befallen hat, während peripherwärts der grösste Theil der Metatarsen resp. der ganze Mittelfuss erkrankt ist, also in Fällen, die man wohl mit Recht kurz als Amputationsfälle zu bezeichnen pflegte. Die Ausdehnung des tuberculösen Processes brachte es mit sich, dass unter 53 von Bardenheuer in den beiden letzten Jahren ausgeführten Fussresectionen ausser der Art. tib. antic. 5 mal auch die Tibialis postica durchtrennt werden musste; in 3 Fällen trat Gangrän ein, die secundäre Amputation brachte Heilung. Indessen braucht diese unangenehme Folge nach der Verletzung der beiden Hauptermährungsgefässe des Fusses nicht immer einzutreten. In einem Falle wurde der Fuss erhalten, nur die Zehen stiessen sich nach 5 Wochen necrotisch ab. Im fünften Falle blieb der ganze Fuss erhalten; die anfängliche Kühlheit und leicht bläuliche Verfärbung der Zehen und der dorsalen Fusshaut machte nach drei Tagen normalen Verhältnissen Platz und brachte der primären Ausheilung des Falles keinen Nachtheil. Was die Resultate der 53 Fussresectionen angeht, so vertheilen sie sich auf 42 tuberculöse Gelenke; 29 sind zur Zeit fistellos ausgeheilt, zum Theil nach mehrfacher, ja dreimaliger Resection. Von den 29 wurden 9 von vornherein total resecirt, d. h. der ganze Tarsus ist in der ersten Sitzung entfernt worden. 7 wurden zunächst partiell resecirt, später, als keine Ausheilung eintrat, durch Entfernung der zurückgebliebenen, auch erkrankten Fusswurzelknochen zur Heilung gebracht. Aus der Zahl der Nachresectionen ergiebt sich die Forderung, beim Fuss möglichst ausgiebig zu reseciren; denn die Erkrankung geht erfahrungsgemäss häufig weiter, als man bei der Operation zu erkennen im Stande ist. Bei partiellen Fussresectionen bleiben geöffnete Gelenke zurück, in ihren Spalten sammelt sich bei der Operation tuberculöser Infectionsstoff, und von hier geht das Impfrecidiv hervor. Die übrigen 13 Fälle sind partielle Resectionen geblieben und ausgeheilt. 2 Resecirte verliessen das Hospital mit Fisteln und konnten nicht weiter beobachtet werden. 3 sind wegen Gangrän amputirt worden. Die übrigen 8 befinden sich zur Zeit noch im Verbande.

Cramer (19) führt an, dass nach der verhältnissmässig selten erforderlichen totalen Exstirpation eines Metatarsalknochens das cosmetische und functionelle Resultat ein schlechtes zu sein pflegt, indem namentlich nach Entfernung des Os metatarsi III. das Fussgewölbe vernichtet werde (v. Meyer), oder bei partieller Resection der vorderen Hälfte eines Mittelfussknochens meistens eine dorsal flectirte, eingezogene unbrauchbare Zehe entstehe. Zur Verhütung dieser Uebelstände wandte Bardenheuer in einem Falle ein anderes Verfahren an, darin bestehend, dass er nach Entfernung des Metatarsus III. den Metatarsus II. bis gegen seine Basis hin, aber nicht ganz spaltete, den gespaltenen Metatarsus in die Lücke hinüberzog und daselbst befestigte.

Er blieb mit dem 2. Keilbein in Zusammenhang; die Spaltung des Knochens gelang leicht. Sie wurde ausgeführt mittels eines feinen, scharfen Meissels, der an dem phalangealen Ende zuerst eingeschlagen und dann allmälig nach der Fusswurzel zu vorgetrieben wurde. Man hält sich mit dem Meissel zweckmässig in der Mitte des Knochens und lieber etwas mehr nach der Seite, welche in ihrer Lage stehen bleibt. Die Ernährung ist so mehr gesichert. Bardenheuer nennt derartige Operationen Dissectio longitudinalis partialis. Diese Operationsmethode ist nur eine weitere Ausbildung derjenigen bei congenitalem Defect eines Vorderarm- oder Unterschenkelknochens. Die Basalphalanx der 3. Zehe wurde an das translocirte Stück des Metatarsus III angeheftet, nicht in die entstandene Knochengabel eingeschoben. Die Operation geschah bei einem 6jähr. Kinde wegen tuberculöser Entartung des Meta-

tarsus. 5 Monate nach der Operation war der Zustand folgender: Die Zehen können gut bewegt werden, auch die 3. Zehe, die dem exstirpirten Metatarsus entspricht. Diese 3. Zehe steht absolut nicht in irgend einer abnormen Stellung, ist nicht etwa verkürzt. Das Fussgewölbe ist schön formirt. Es besteht keine Spur von Plattfuss. Es ist nicht möglich, durch Palpation nachzuweisen, dass an den Mittelfussknochen irgend etwas Abnormes sich befindet. Die verschiedensten Maasse ergeben keine Differenz zwischen rechts und links.

Landerer (16) empfiehlt für die Resection des Fussgelenks einen medianen Fersenschnitt, den er bis jetzt in 5 Fällen angewendet hat, besonders für die schweren Fälle ausgedehnter cariöser Zerstörung von Fusswurzel und Fussgelenk und für osteomyelitische Necrose des Calcaneus. An der Insertion der Achillessehne oder etwas höher setzt man ein kräftiges Resectionsmesser an und führt, genau in der Mittellinie des Fusses, einen Schnitt bis auf die Knochen so weit in der Fusssohle nach vorn, als man nöthig hat. Man verletzt mit diesem Schnitt nichts als Fettgewebe und trennt die Fascia plantaris und das Fleisch des M. flexor digitorum brevis parallel seiner Faserung. Nur wenn man in der Fusssohle weit nach vorn geht, wird die A. plantaris externa durchschnitten. Bis zur gemeinsamen Sehne des M. flexor digitorum braucht man nicht vorzugehen. Eine Spaltung der Achillessehne nach aufwärts in 2 Hälften hat gleichfalls keine Nachtheile. Lässt man die beiden Wundränder mit mit scharfen Haken aus einander halten und hilft hier und dort mit dem Raspatorium etwas nach, so kann man sämmtliche Tarsalknochen bequem entfernen. Den kranken Calcaneus kann man meist mit dem Resectionsmesser durchschneiden. Man hat eine grosse, nach hinten unten weit klaffende Höhle, in der man alle Einzelnheiten aufs Genaueste übersehen kann. L. hat von diesem Schnitt aus u. A. den Malleolus externus 7 cm hoch in bequemster Weise ausgeschabt. Selbstverständlich ist diese Schnittführung da nicht angezeigt, wo der Calcaneus gesund ist. — Für die Nachbehandlung ist diese Methode gleichfalls sehr bequem, da die Abflussbedingungen für die Secrete die denkbar günstigsten sind. Die Function nach der Heilung ist, wenn man, wie meist, Periost zurücklassen kann, eine überraschend günstige. Zwar verkürzt sich der Fuss ziemlich in der Richtung von der Ferse zu den Zehen, auch tritt eine Verkürzung der Extremität um einige Centimeter ein. Diese Verkürzung ist aber nicht störend und kann leicht durch eine Erhöhung der Sohle oder einen geeignet construirten Absatz ausgeglichen werden. Die Befürchtung, dass die Narbe in der Fusssohle das Gehen stört, ist grundlos. Die Narbe zieht sich so tief ein, dass sie nicht gedrückt wird. — Bei Zerstörung des Tarsus dürfte die Methode gelegentlich mit der nach Wladimiroff-Mikuliez concurriren können. Der Fuss, der erzielt wird, ist jedenfalls ein schönerer, die Gehfläche grösser.

Oswiecimski (17) hat diesen Schnitt bei Calcaneuserkrankungen schon seit längerer Zeit geübt und 1895 in einer polnischen Zeitschrift beschrieben und seit dieser Zeit in 8 weiteren Fällen angewendet. Die dabei gewonnenen Resultate sind geradezu vorzüglich zu nennen, da einerseits die Gehfähigkeit überall zur Norm zurückgeführt wurde, andererseits die Verkürzung der Extremität höchstens 3 cm betragen hat, was sich durch entsprechenden Absatz leicht ausgleichen lässt. Auch ist die Wundbehandlung bei dieser Schnittführung sehr angenehm, wie Dies auch Landerer bemerkt, da der Abfluss der Secrete von selbst gegeben ist, und man nur die Wundhöhle leicht zu tamponiren braucht. Zur Erlangung der guten Resultate trägt die Secundärnaht der äusseren Wunde bei, die O. in allen Fällen ungefähr 4 Wochen post operationem angewendet hat, wobei die äusseren Hautränder angefrischt und nach innen in die Höhle eingeschlagen wurden; hierdurch zog sich die Narbe recht tief ein und wurde ein doppelter Zweck erreicht: 1. wird die Narbe, weil so tief eingezogen, beim Gehen nicht gedrückt und 2. wird die Ferse durch das ausgiebige Narbengewebe fester und höher, somit widerstandsfähiger. Das von Landerer betonte Zurücklassen des Periosts bei der Ausschälung erscheint O. für die Functionsfähigkeit weniger erheblich zu sein; er hat in einigen Fällen den Calcaneus subperiostal ausgeschält, in manchen wieder das ganze Periost mit entfernen müssen; doch hat er nach erfolgter Heilung keinen Unterschied in der Gehfähigkeit finden können. Zum Schluss bemerkt er noch, Ménard entgegen, dass zur Erlangung der vollkommen freien Gehfähigkeit bei seinen Pat. durchschnittlich 4 Monate hinreichten, wogegen Ménard 8—10 Monate als Curzeit angiebt.

Chirurgische Krankheiten an Kopf, Hals und Brust

bearbeitet von

Oberstabsarzt Prof. Dr. ALB. KÖHLER in Berlin.

I. Kopf.

1. Schädel und Gehirn.

a) Allgemeines, Technik, Verletzungen, plastische Operationen.

1) Landerer, Ueber Gehirnchirurgie. Württemb. Correspondenzbl. No. 47. — 2) Broca et Maubrac, Traité de chirurgie cérébrale. 8. Avec 72 fig. — 3) Koeppel, P., Ueber Schädelverletzungen. Inaug.-Diss. Berlin. (Beschreibung einer Reihe von Präparaten aus der Sammlung der Kaiser Wilhelms-Academie, fast nur Schädelbrüche durch Hieb und Schlag darstellend; ausserdem Bericht mehrerer einschlägiger Fälle, u. a. ein von Krause [Brandenburg] behandelter schwerer Hufschlag gegen die Stirn.) — 4) Macneece, J., Compound comminuted fracture of skull and other injuries: recovery, remarks. British Journ. Nov. 7. (Schwere Verletzung durch Fall auf den Kopf, Entfernung grosser loser Knochenstücke. Dura eingerissen. Aphasie, Facialislähmung, Amnesie. Heilung der Wunde, Besserung der übrigen Symptome, Beobachtungszeit 2 Monate.) — 5) Salisbury, C. R., A case of fatal cerebral hemorrhage in a young adult. Ibid. I. p. 1773. (Recht unklarer Fall bei einem 21 Jahre alten Manne, der längere Zeit an Bluthusten und Nasenbluten gelitten hatte. Section verweigert.) — 6) Chipault, A. et J. Braquehaye, Etudes graphiques sur les fractures indirectes de la base du crâne. Arch. génér. Dec. 1895. (Fortsetzung und Schluss der im vorigen Jahresberichte angezeigten Arbeiten aus dem Laboratorium Laborde's. Die bisherigen Theorien über die Entstehung indirecter Schädelbrüche speciell an der Basis werden verworfen, für penetrirende Schädelschüsse die Wirkung des hydrostatischen Druckes bestätigt.) — 7) Allen, F. J., The mechanism of contre-coup and of certain other forms of intracranial injury. British Journ. May 16. (Wo der Schädel auffällt oder getroffen wird, soll nach A. das Gehirn durch directes Anliegen geschützt sein; die Wirkung der Schwingungen macht sich gegenüber, wo ein mit Flüssigkeit gefüllter Raum zwischen Schädel und Gehirn existirt, viel mehr geltend.) — 8) Ziegler, P., Ueber die Mechanik des normalen und pathologischen Hirndrucks. Langenb. Arch. 53. Bd. Heft 1. (Versuche an Hunden, mit dem Hürthle'schen Membranmanometer in Gemeinschaft mit Frank ausgeführt. Zum Referat nicht geeignet; die Ergebnisse sind im Original nachzusehen.) — 9) Shepherd, Francis J., Successful case of trephining for meningeal haemorrhage: Ligature of the carotid. British Journ. April 11. (Offener Schädelbruch, Zerreissung der Mening. med. am Foramen spinosum, deshalb Unterbindung der Carotis communis. Heilung.) — 10) Scholz, W., Ueber Sinusverletzungen und deren Behandlung. Inaug.-Diss. Halle. 1895. (Casuistische Mittheilungen über diese Verletzung und ihre Folgen, speciell Blutung und Lufteintritt, beide selten und nicht schwer zu behandeln. Trepanation nur bei lebensgefährlichen Drucksymptomen. Am Schluss 5 Fälle aus Bramann's Klinik.) — 11) Skudder, Charles L., Compound depressed fracture of the skull; absence of unconsciousness; paralysis of one half the body, operation, recovery. Amer. Journ. August. (9 Jahre alter Knabe, Dura und Gehirn verletzt. Entfernung der eingedrückten Knochenpartie am rechten Parietale, Heilung. Das Uebrige sagt die Ueberschrift.) — 12) Bohl, Edg., In Sachen der Schädelbrüche. Zeitschr. f. Chir. Bd. 43. — 13) Regulski, M. v., Biegungsbruch über rechtem Parietale. Hirnabscess. Hemianopsie. Bemerkungen über das Wesen des Hirnvorfalls. Ebendas. Bd. 43. (Ausführliche Besprechung eines Falles von offenem Schädelbruch mit Depression. Der sogen. Hirnbruch enthält nur selten Gehirn, nach R. viel häufiger Bindegewebswucherungen, Granulationen.) — 14) Hahn, E., Ein Beitrag zur Chirurgie des Gehirns. Deutsche Wochenschr. No. 14. — 14a) Ruhemann, J., Ein Beitrag zur Chirurgie des Gehirns. Ebendas. No. 22. — 15) Tilmann, Ein Fall von Extraction einer Nadel aus dem Grosshirn. Ebendas. No. 22. — 16) Flammer, M., Ein Beitrag zur Casuistik der Schädelbasisfracturen. Inaug.-Diss. Berlin. — 16a) Förstemann, Ueber die durch Lähmung von Gehirnnerven gestatteten Rückschlüsse auf den Sitz oder Verlauf der Basisfracturen. Inaug.-Diss. Jena. — 17) Müller, Ein Fall von traumatisch entstandenem Schädeldefect. Berl. Wochenschr. No. 34. (29 Jahre alter Mann, schwerer Schädelbruch in der Kindheit. Grosser Defect im rechten Parietale; die Trepanation [Küster] ergiebt auch einen tiefen Defect im Gehirn bis in den Seitenventrikel.) — 18) Sonnenburg, Mehrere Schädelbasisbrüche. Ebendas. No. 7. (4 Fälle, zum Theil sehr schwer, mit Verletzungen der Basisnerven.) — 19) Leclère, Pr., Ein Fall von complicirter Schädelfractur mit Knochendepression und consecutiver, vollständiger Paraplegie. Trepanation, Heilung. Deutsche Wochenschr. No. 19. (Offener Bruch mit Depression auf dem Scheitel, sofortige Lähmung beider Beine; Trepanation erst nach 4 Tagen, bedeutende Besserung. Beobachtungszeit noch kurz.) — 20) Luebeck, C., Beitrag zur Behandlung offener Schädel-

dachfracturen. Bruns' Beitr. Bd. 16. — 21) Rahm, Otto, Ueber die operative Behandlung der Meningocele spuria traumatica. Ebendas. Bd. 16. (Zusammenstellung von 45 Fällen, von denen 33 operativ behandelt sind. R. empfiehlt die in 2 Fällen von Krönlein mit Erfolg ausgeführte Exstirpation des Sackes und event. Drainage der porencephalischen Hirncyste.) — 22) Laver, H., Fracture of vault of skull with a serous discharge from the left ear simulating fracture of the base; necropsy: acute traumatic meningitis. British Journ. Sept. 19. (Woher der reichliche Ausfluss aus dem linken Ohr bei dem 2jähr. Kinde, das einen Bruch des Schädeldaches hatte, gekommen war, ist auch bei der Section nicht klar geworden. Eine genauere Untersuchung des „serous fluid" scheint nicht stattgefunden zu haben.) — 23) Kramer, W., Zur Lehre von der Pneumatocele cranii occipitalis und deren Behandlung. Centralbl. f. Chir. No. 21. — 24) Payr, E., Einige Versuche über Explorativoperationen am Gehirn. Ebendas. No. 31. (Breiter Drillbohr mit Schutzvorrichtung; durch die kleine Oeffnung sollen eine grosse Zahl diagnostischer Eingriffe und die Punction der Seitenventrikel möglich sein.) — 25) Dalgren, K., Ein neues Trepanationsinstrument. Ebendas. No. 10. (Eine Art Knochenscheere, mit der eine 2 mm breite Spalte in beliebiger Richtung in dem Schädelknochen angelegt wird; speciell für die Lappenbildung bei der temporären Resection empfohlen.) — 26) van Arsdale, Technik der temporären Schädelresection, Demonstration neuer Instrumente. Ann. of Surg. Oct. — 27) Secchi, Neues Craniotom. Assoc. Lombard. Nov.-Dec. 1895. — 28) Baracz, Roman v., Circulationsstörungen im Gehirn nach Unterbindung der Arteriae vertebrales. Centralbl. f. Chir. No. 24. (Lähmungen, wie sie nach Unterbindung der Carotis zuweilen beobachtet wurden. Uebrigens hatte die Operation, auch mit Resection eines Stückes vom N. sympath., in B.'s Fällen keinen Erfolg bei Epilepsie.) — 29) Link, J., Casuistische Beiträge zur Heteroplastik bei Schädeldefecten mit Celluloidplatten nach Fraenkel. Wien. med. Wochenschr. No. 22. (Empfehlung der Methode auf Grund von 4 eigenen Fällen, von denen nur einer nicht gelang. Sehr günstig war der Erfolg bei einem Knaben, bei dem ein grosser Theil des Stirnbeins und die Nasenbeine ersetzt wurden.) — 30) David, M., Ueber die histologischen Befunde nach Replantation trepanirter Knochenstücke des Schädels. Langenb. Arch. 53. Bd. Heft 4. (Behauptet im Gegensatze zu Barth, dass diese Knochenstücke vascularisirt werden und nicht necrotisch zu Grunde gehen.) — 31) Hale White, W., A case of leontiasis ossea, megalocephalie, or hyperostosis cranii. British Journal. June 6. (Hauptsächlich das Schädeldach in den seitlichen und hinteren Partien betreffend, bei dem 32jähr. Manne seit früher Jugend, angeblich nach einem Fall auf den Kopf bestehend. Taubheit beiderseits; Augen, Intelligenz normal; Schilddrüse zeigt nichts Abnormes.) — 32) Gleich, A., Ein Fall von Kopfverletzung mit seltenem Verlauf. Wien. med. Wochenschr. No. 22. (48 Jahre alter Mann, anscheinend nur Weichtheilwunden an der linken Kopfseite; nach 4 Wochen Schüttelfrost, Eiterung im Warzenfortsatz. Besserung nach Trepanation. Die Lähmung beider Arme nach dem Unfall, die nur rechts zurückging, bleibt unerklärt.) — 33) Mc Cosh, Andr., Case of traumatic septic meningitis. Trephining. Temporary recovery. Followed by large abscess of brain. Med. News. Jan. 11. (30jähr. Mann, Kopfverletzung. Nach 4 Tagen im Coma Freilegung des Stirnbeins, Trepanation an einer Fissur, Entfernung mehrerer Blutcoagula; ebenso auf der anderen Seite. Die entleerte Cerebrospinalflüssigkeit enthielt reichlich Strepto- und Staphylococcen. Nach $2^1/_2$ Monat geheilt entlassen. 4 Monate später wieder Schmerzen, keine Lähmungen, Vortreibung der Trepanöffnungen. Freilegung des Gehirns, Entleerung eines faustgrossen Abscesses im Stirnlappen. Nach fast 6 Wochen trat der Tod ein, wie die Section ergab, an Bronchopneumonie.)

Landerer (1) giebt eine kurze, übersichtliche Darstellung des heutigen Standes der Hirnchirurgie. Vieles ist noch streitig; so die Craniectomie bei Idioten, die Drainage bei Meningitis, Hydrocephalus ext. und int.; die Trepanation bei Paralyse, Geisteskrankheit, genuiner Epilepsie ist ganz unsicher, bei Hirntumoren nur selten (in 6 pCt.) anwendbar mit 4 pCt. Erfolgen; oft wirkt sie günstig durch Druckherabsetzung, auch wenn der Tumor nicht entfernt werden konnte. Gut sind die Erfolge bei otitischen Hirnabscessen und die primären und secundären Eingriffe nach Verletzungen, bei Fracturen, Blutergüssen, traumatischer Epilepsie, wenn auch bei letzterer kaum in der Hälfte der Fälle Heilung erzielt wird. Schliesslich warnt L. vor kritikloser Vielgeschäftigkeit auf diesem Gebiete.

Bohl (12) bespricht in ausführlicher Weise die Biegungsbrüche am Schädeldach und an der Basis; die letzteren können, wie durch Beispiele und Versuche erläutert wird, auch ohne Mitwirkung der Wirbelsäule entstehen; ferner die Schädelbrüche durch Keilwirkung, bei stumpfen Instrumenten mit Biegung combinirt, und die durch Berstung, Zerreissung des Schädels durch Kräfte, die an 2 gegenüberliegenden Stellen einwirken. Die Entwicklung dieser practisch wichtigen Lehren wird an der Hand früherer und moderner Untersuchungen und Erfahrungen von B. dargestellt.

Hahn (14) berichtet über einen interessanten Schädelschuss hinter dem Proc. mastoid.; am 4. Tage Trepanation, Knochenstück 7 cm tief entfernt, Kugel nicht gefunden, Heilung bis auf Hemianopsie, 4 Monate beobachtet. Ferner über einen, vielleicht auf Verletzung zurückzuführenden Erweichungsherd in der rechten motor. Region; auch hier, wenn auch langsam, nach Trepanation und Entleerung bedeutende Besserung 2 Monate beobachtet. — 4 Fälle von Blutungen, 3 subduralen und 1 extraduralen wurden durch die Operation geheilt. — Bei einem 30 Jahre alten Manne wurde ein Cysticercus im linken Stirnlappen und nach der Operation ein auf die Vena magna Galeni drückender und dadurch den Hydrocephalus bedingender Tumor angenommen. Die erste Operation hatte den Erfolg einer fast $^1/_2$ Jahr dauernden Besserung. Bei der Section fand sich ein cystischer Tumor am Pons und der Rautengrube (Ruhemann hatte den Fall vor der Operation gesehen und einen Kleinhirntumor diagnosticirt.)

Der von Tilmann (15) berichtete, noch von Bardeleben operirte Fall zeigt die Schwierigkeit der Deutung und Verwerthung von Hirnsymptomen, wenn es sich um hysterische Personen handelt. An dem 21 Jahre alten Mädchen war schon der Proc. mastoid. aufgemeisselt, und eine temporäre Schädelresection (anderweitig) gemacht. Die Lähmungen blieben. Einer eiternden Fistel und des Fiebers wegen wurde die Narbe freigelegt und aus ihr eine 7,2 cm nach unten innen in ganzer Länge im Gehirn steckende Stopfnadel herausgezogen. Auch jetzt blieben die Lähmungen.

schwanden aber schnell nach starken faradischen Strömen und kalter Douche.

Flammer (16) bespricht kurz die Ansichten über die Entstehung der Brüche der Schädelbasis und sehr ausführlich an der Hand von 20 auf König's Klinik beobachteten Fällen die Symptome, die sich auf die Verletzung des Knochens und auf die des Gehirns resp. der Hirnnerven beziehen und die durch entzündliche Complicationen verursachten Erscheinungen. Die letzteren sucht die Behandlung zu verhüten; sonst ist sie im Wesentlichen abwartend. Von den 20 Fällen starben 9; 4 an Meningitis, 5 wahrscheinlich direct an den Folgen schwerer Hirnverletzung.

Luebeck (20) beschreibt 56 auf der Klinik Socin's behandelte offene Schädelbrüche; 15 Fissuren, 6 mit Impression, 4 Splitterfracturen, 9 Impressionen, 6 inficirte, 16 Schussfracturen. Bei den einzelnen Gruppen werden die wichtigeren Symptome und die Ergebnisse weiterer Beobachtung, sowie die nach den bei offenen Brüchen überhaupt gültigen Regeln durchgeführte Behandlung, die sehr gute Resultate erzielte, ausführlich erörtert.

Vier Wochen nach einer anscheinend leichten Verletzung am Hinterkopf bildete sich in dem von Kramer (23) beobachteten Falle eine lufthaltige Geschwulst dicht neben der Mittellinie. Incision: kleine Fractur; 2 Recidive, Heilung erst nach osteoplastischem Verschluss der Knochenlücke. K. nimmt an, dass in diesem Falle die Zellen des Proc. mastoid. sich bis in's Hinterhauptsbein fortgesetzt haben, weil ein anderer Weg für die Luft zwischen Knochen und Pericranium nicht existirte, als die kleine Bruchstelle.

1) Bieganski, W. und W. Wrzesniowski, Beiträge zur chirurgischen Behandlung der Hirnkrankheiten. Medycyna. No. 44 und 45. — 2) Zoll, J., Zur Casuistik der Schädel- und Hirnverletzungen. Przeglad lekarski. No. 39—41. — 3) Gruzewski, A., Ein Fall von Impressionsfractur des Schädels ohne cerebrale Symptome. Heilung. Gazeta lekarska. No. 4. — 4) Borsuk, M. und A. Wizel, Ein operativ geheilter Fall von traumatischem Blutextravasate in die weisse Hirnsubstanz. Przegl. chirurgiczny. Bd. III. Heft 1. — 5) Dembowski, T., Ein Fall von operativ geheilter Meningocele spuria traumatica. Ebendas.

Bieganski u. Wrzesniowski (1). 1. Complicirte Impressionsfractur des Schädels mit Ataxie, und homonymer Hemianopsie. Trepanation. Heilung. Ein 50jähr. intelligenter Mann erhielt einen Hieb mit einem schweren stumpfen Instrumente auf den Kopf. Im ersten Augenblicke verlor er die Besinnung, kam aber bald wieder zu sich. Im Verlaufe der nächsten Tage stellte sich eine stetig wachsende Somnolenz und Herabsetzung der Intelligenz ein und wurde Patient daher 4 Wochen nach dem Unfalle an die Verfasser dirigirt. Patient klagte über mässigen Kopfschmerz und Sinnesverwirrung, namentlich war er sich über die Vorfälle von dem Unfalle an durchaus nicht im Klaren, während das Gedächtniss für frühere Vorfälle intact geblieben war. Nur in Bezug auf Namen und Benennung einzelner Gegenstände stellte sich eine gewisse Amnesie ein. Es wurde auch vollständiges Unvermögen zu lesen constatirt. Dictirtes brachte er fehlerfrei zu Papier, während er vorgelegte Muster nicht im Stande war abzuschreiben. Ziffern schrieb und las er fehlerfrei, ebenso wie er geläufig addirte, subtrahirte u. s. w. Ausser homonymer rechtsseitiger Hemianopsie wurde im Nervensystem nichts Abnormes weiter constatirt. Am unteren hinteren Winkel des Scheitelbeines wurde durch die daselbst befindliche granulirende Wunde eine Impressionsfractur constatirt. Dieselbe wurde durch Erweiterung der Wunde blossgelegt und nach Entfernung zweier eingedrückter Knochenstücke auch ein Riss der Dura mater constatirt. Tamponade der Wunde. Reactionsloser Verlauf. Mit der Heilung der Wunde Besserung aller Symptome, so dass Patient das Spital ganz gesund verlassen konnte. Die Knochenwunde entsprach ihrer Lage nach dem linken Gyrus angularis.

2. Sarcoma cerebri. Exstirpation. Tod am 12. Tage an Meningitis. Ein 34jähriger bisher gesunder Mann erkrankte vor Jahresfrist an heftigen Kopfschmerzen. Später stellten sich anfallweise Krämpfe in der rechten unteren Extremität ein, welchen später ebensolche in der oberen und zuletzt in der rechten Gesichtshälfte folgten. Mit der Zeit schloss sich hieran fast complete Lähmung der rechtsseitigen Körperhälfte u. z. ebenfalls von unten nach oben aufsteigend. Die Untersuchung des Patienten ergab eine hochgradige Atrophie der rechten Körperhälfte, eine fast complete Lähmung derselben, bei normalen u. z. Th. sogar bei gesteigerten Reflexen. Atrophie beider Sehnerven. Diagnose: Neubildung in der motorischen Zone der linken Hirnhemisphäre. Trepanation mit osteoplastischem Lappen über der Roland'schen Furche. Keine Hirnpulsation. Dura in einer Ausdehnung von 3—4 cm dem Gehirn adhärent. Nach Abhebung derselben gewahrte man einen durch seine weissgelbe Farbe und seine harte Consistenz von dem übrigen Gehirn abstechenden Tumor, welcher sich wegen seiner Grösse erst nach vorgenommenem Morcellement herausheben liess. Es war dies ein fast faustgrosses Spindelzellensarcom. Die nach der Geschwulst zurückgebliebene Höhle wurde mittelst Gaze lose tamponirt, und der Hautknochenlappen leicht zurückgeklappt. Am folgenden Tage wurde zwar ein Schwinden der rechtsseitigen Gesichtslähmung constatirt, leider entstand jedoch ein Hirnprolaps und im weiteren Anschlusse eine Meningitis, welcher Patient erlag.

Zoll (2). Mittheilung mehrerer Fälle von Schädel- und Hirnverletzung, in der gerichtsärztlichen Praxis zumeist am Secirtische und zum geringeren Theile in vivo beobachtet. Die Fälle bieten sämmtlich bloss vom Standpunkte der gerichtlichen Medicin, namentlich in Bezug auf das abgegebene Gutachten, ein gewisses Interesse.

Gruzewski (3). Der Schädel eines 10jährigen Knaben wurde durch die Achse eines schwer beladenen Wagens an die Wand gepresst. Subcutane Fractur des Schädeldaches, wobei ein etwa 36 qcm betragendes viereckiges Stück des Stirn- und linken Parietalbeines vollständig aus dem Zusammenhange mit dem übrigen knöchernen Schädel losgelöst war.

Ausser Parese des N. facialis gar keine Symptome. Nach einiger Zeit hat sich das Bruchstück spontan fast vollständig in das Niveau des übrigen Schädeldaches eingestellt und es erfolgte complete Heilung mit Hinterlassung einer schmalen Spalte an der Bruchstelle. Der Fall ist durch den fast absoluten Mangel von cerebralen Symptomen trotz Impression des einen Bruchrandes nach dem Inneren des Schädels bemerkenswerth.

Borsuk und Wizel (4). Ein 21jähriger gesunder Arbeiter erhielt einen Schlag mit einem Stein auf den Kopf, worauf er auf kurze Zeit das Bewusstsein verlor. Die am folgenden Tage vorgenommene Untersuchung ergab: Leichte Benommenheit, Puls 80, kein Fieber, am linken Parietalbeine eine 2—3 cm lange Hautwunde. Antiseptischer Wundverband. Als sich am folgenden Tage bei ungetrübtem Bewusstsein complete Aphasie und Lähmung des rechten N. facialis und hypoglossus eingestellt hatte, wurde Patient chloroformirt, die Hautwunde reichlich erweitert und eine Comminutivfractur des Parietal- und Temporalknochens gefunden. Nach Entfernung der Knochensplitter wurden auch extradurale Gerinnsel herausgeholt und ein blutender Zweig der Meningea media umstochen. Da noch zahlreiche Fissuren, deren Ränder übereinander lagen, vorhanden waren, wurde der ganze lädirte Knochen in der Ausdehnung der Hohlhand eines erwachsenen Mannes mittelst Knochenscheere entfernt und hierauf die Wunde durch Naht der Weichtheile geschlossen. Der Operation folgte nicht nur keine Besserung, sondern im Gegentheile es stellten sich in den folgenden Tagen successive Lähmung der rechten oberen Extremität, dann auch der unteren und schliesslich Jackson'sche Epilepsie ein. Es wurde daher am 6. Tage die Wunde gelüftet. Durch die normal aussehende Dura hindurch wurde mittelst einer langen Pravaz'schen Nadel das Gehirn punctirt und an einer Stelle eine blutige Flüssigkeit herausbefördert. Die Dura wurde mittels Kreuzschnitt eröffnet und 1 cm nach rückwärts von der Rolando'schen Furche, mehr oder weniger dem Centrum des N. facialis entsprechend die graue Hirnsubstanz incidirt, worauf sich aus der weissen Substanz etwa 2 Caffeelöffel blutiger mit Gerinnseln vermischter Flüssigkeit ergossen; mit dem scharfen Löffel wurden noch mehrere Gerinnsel herausbefördert. Die harte Hirnhaut wurde bis auf den tiefsten Punkt, durch welchen ein Jodoformgazestreifen bis in die weisse Hirnsubstanz eingeführt worden war, vernäht. Naht der Hautwunde. Am folgenden Tage war die Paralyse der Extremitäten geschwunden, die Sprache, wenn auch noch etwas erschwert, zurückgekehrt. In den nächsten Tagen ward auch sie normal und das hartnäckigste Symptom, die Gesichtsnervenlähmung, war ebenfalls nach einigen Wochen vollständig geschwunden. Von Epilepsie seit der Operation keine Spur. Der Jodoformgazestreifen wurde am 12. Tage entfernt. Patient blieb noch längere Zeit in Beobachtung, ohne jedoch irgend welche abnorme Symptome zu zeigen.

Der Knochendefect war nicht durch neuen Knochen substituirt worden, obwohl Borsuk auf Grund eigener Erfahrung behauptet, dass er bei jungen Leuten selbst so grosse Schädelknochenlücken durch regenerirten Knochen hat heilen gesehen.

Der Fall verdient schon aus dem Grunde eine besondere Beachtung, weil er den Beweis für die Möglichkeit der Beseitigung von traumatischen Blutextravasaten aus der weissen Hirnsubstanz liefert und den Gedanken nahe legt, dass es mit der Zeit vielleicht noch sogar gelingen wird, von dort auch Blutergüsse nicht traumatischen Ursprunges zu beseitigen.

Dembowski (5) wurde zu einem 16 Monate alten Knaben, welcher seit 3 Monaten mit einer nach einem Sturze aus der Wiege entstandenen bereits einmal ohne Erfolg punctirten Meningocele behaftet war, gerufen. Die Untersuchung ergab an dem im Uebrigen normal entwickelten Kinde am Schädel rechts eine grosse, fluctuirende Geschwulst, welche nach oben durch die Pfeilnaht, von vorne durch den Stirnbeinhöcker begränzt war und gegen rückwärts selbst einen Theil des Os. occipitale bedeckte. Da bei der starken Spannung der die Geschwulst bedeckenden Weichtheile ein Platzen derselben bez. eine Necrose mit Sicherheit in der allernächsten Zeit zu erwarten stand, entschloss sich Verfasser zur Operation. Nach ausgiebiger Spaltung der Weichtheile mittels Kreuzschnittes präsentirte sich eine Impressionsfractur in Gestalt eines annähernd rechteckigen Viereckes, welches einen Theil des Stirnbeines und fast das ganze Scheitelbein umfasste. Die Niveaudifferenz der Fragmente erreichte stellenweise 1 cm. Am rückwärtigen verticalen Rande des Vierecks war ein elliptischer Knochendefect vorhanden, welcher einerseits durch die Niveaudifferenz der Bruchstücke, anderseits durch wulstige Emporhebung der Bruchlinie am Schädel bedingt war. An der Stelle prolabirte auch das bloss von den weichen Hirnhäuten bedeckte Gehirn. Das eingedrückte Knochenstück wurde emporgehoben und der erwähnte Defect, der wegen der durch die Wulstung der einen Bruchlinie selbst nach Hebung des Fragmentes bestehenden Niveaudifferenz nicht ausgeglichen wurde, durch einen Periostlappen verschlossen. Vollständige Heilung.

Trzebicky (Krakau).

1) Lindh, A., Polydipsie und Polyurie. Depression von Gehirnschalenknochen. Trepanation. Göteborg's läkaresällskaps förhandlingar. 1895. p. 34 bis 36. — 2) Schiller, Carl, Chirurgische Casuistik vom Sahlgren'schen Krankenhause zu Gothenburg. Fall 4. Fractura inveterata cranii c. depressione ossis parietalis et temporalis. Aphasia. Trepanation. Heilung. Ibidem. p. 8—10. — 3) Derselbe, Dasselbe. Fall 3. Vulnus sclopetarium capitis. Fractura complic. cranii (Conamen suicidii). Trepanation und Herausnahme des Projectiles. Heilung. Ibid. p. 6—8.

Ein 5jähriger Knabe (1) fiel treppab. Ueber dem linken Theile des Scheitels, 5,5 cm vom Margo infraorbitalis anfangend und über einen Theil des Stirn- und Scheitelbeines nach hinten sich erstreckend, war ein Gebiet von 5—6 cm im Durchmesser, wo der palpirende Finger eine weiche, etwas fluctuirende Depression des Knochens fühlte. Keine Empfindlichkeit, keine Röthe darüber. Zweimalige Punction mit Ausleerung einer grösseren Menge klarer Flüssigkeit und Verschwinden der Geschwulst. Nach 8—9 Monaten

grosser Durst und im Zusammenhange damit eine bedeutend vermehrte Harnabsonderung (1000—3750—5500 ccm, spec. G. = 1,006). Enuresis. Stolpernder Gang. Zuerst Drainage der Cyste, zwischen dem Periost am hinabgedrückten Gebiete und der überliegenden Galea gelegen. Sodann Trepanation. Die Depression im Ganzen genommen ungefähr 1,5 cm tief. Eine kleinere Knochenlamelle, ca. 1/4 der ganzen Depression ausmachend, war ganz frei vom umgebenden Knochen, aber mitten im schwieligen Bindegewebe, welches entfernt wurde, während die Lamelle geschont wurde. Unter dieser noch eine sehr dünne Knochenlamelle, beinahe 3 cm im Durchmesser; diese wurde entfernt. Dura verdickt und hart. Die Knochenränder rings um den Defect waren sehr dick und wurden meistentheils entfernt. Die Dura wurde nicht durchgeschnitten. Zuerst Verbesserung, sodann Status quo ante.

Carl Schiller (2). 66jähriger Arbeiter. Vor 14 Tagen Hufschlag gegen die linke Schläfe, wonach er das Sprachvermögen verlor. Oberhalb des linken Ohres eine grosse Depression. Haut intact. Intelligenz frei. Kann nur „ja“, „nein“, „das ist“ sehr langsam und undeutlich aussprechen; ebenso seinen Namen und die Namen verschiedener Gegenstände. Ebenso schwer fällt ihm das Lesen. Er kann bis 4 rechnen, darüber hinaus werden die Zahlen unsicher. Strabismus convergens levis dexter. Gleichmässige beiderseitige Herabsetzung des Gehöres. Geringe motorische Schwäche in der rechten Gesichtshälfte und in der rechten Hand. Grösste Einsenkung des Splitterbruches war in der Mitte, wovon Fissuren strahlförmig ausgingen. Die Festkeilung der in der Mitte liegenden kleineren Knochensplitter war so gross, dass S. nur mit Meissel und Hammer einen von ihnen losmachen konnte; sodann Entfernung der übrigen mit Elevatorium. Grosses Blutcoagulum. Dura intact. Er gewann das Vermögen, geläufig zu sprechen, aber nur allmälig. Das Gedächtniss für Namen blieb schlecht. Die Diplopie verschwand. Die Wunde war vollständig geheilt.

Derselbe (3). 21jähriger Mann. Revolverschuss gegen die rechte Schläfe. Er wurde bewusstlos, aber der Puls war ziemlich gut. Einige Centimeter vom rechten äusseren Augenwinkel ein rundes Loch, ungefähr 1,5 cm im Durchmesser, mit Blutcoagula und Hirnmasse gefüllt. In der Dura, an der entsprechenden Stelle, eine etwas kleinere Wundöffnung. Das Projectil konnte nicht gefunden werden. Unruhe, Pulsbeschleunigung. Am dritten Tage nach der Operation Besserung. Er nahm Nahrung zu sich. Die Augenlider waren stark angeschwollen und sugillirt; Paresis der rechten unteren Extremität. Am 7. Tage Anschwellung an der linken Seite der Stirn an der Grenze des Haarwuchses, welche in zwei Tagen bedeutend sich vermehrte und deutlich fluctuirte. Incision. Prolabirte, macerirte Hirnsubstanz mit fast thalergrosser Fractur. Zwischen den Weichtheilen und dem Knochen eine Tasche, welche etwas schmierige Hirnmasse, das Projectil und die mehr als pfenniggrosse Pappvorladung enthielt. Die Intelligenz war vollkommen klar, aber den linken Fuss schleppte er nach. Das Projectil hatte beide Frontallappen passirt.

A. Fr. Eklund (Stockholm).]

b) Entzündungen, Entwickelungshemmungen.

1) Delore, X., Actinomycose cérébrospinale. Meningite suppurée. Gaz. hebdom. No. 42. (Weiterer Verlauf eines von Poncet behandelten, von Petonard, Mercr. méd. Juli 1895 beschriebenen Falles. Multiple Incisionen, Ausräumung, methodische Jodbehandlung führten immer nur zu vorübergehender Besserung. Auch der Eiter in Schädelhöhle und Wirbelcanal enthielt die A.-Körner.) — 2) Stewart, W. R. H., A case of lateral sinus pyaemia following chronic suppurative otitis media, trephining, recovery. Lancet. Novemb. 7. (11 jährig. Knabe, seit 7 Jahren, nach Scharlach, Ohrenfluss, seit 5 Tagen wieder Schmerzen, Frösteln, Erbrechen, Stocken des Ausflusses. Oeffnung des Antrum, später noch zweimal Ausräumung des thrombosirten Sinus, Heilung.) — 3) Broca, A., Fistule mastoïdienne guérie par la trépanation de l'apophyse et de la caisse. Gaz. hebd. No. 17. — 3a) Derselbe, Mastoïdite aiguë et périostite mastoïdienne. Ibidem. No. 52. (Eine seit 9 Jahren bei einem 13 jährig. Kinde bestehende Caries, durch Radicaloperation geheilt, und eine scheinbar nur unter dem Periost liegende Eiterung bei einem 6 jähr. Kinde nach acuter Otitis media. B. trepanirte trotzdem, wie er es für alle diese Fälle empfiehlt und fand in 1 cm Tiefe in stark verhärtetem Knochen das erbsengrosse Antrum mit Eiter gefüllt.) — 4) Dahlgren, K., Drei mit Erfolg operirte Fälle von Thrombose im Sinus transversus nach Otitis media. Langenb. Arch. Bd. 53. Hft. 3. (Ausräumung der Sinus nach Unterbindung der Vena jugul. int. in der Höhe des Kehlkopfes.) — 5) Zaufal, E., Otitischer Gehirnabscess im linken Temporallappen. Optische Aphasie. Eröffnung durch Trepanation. Heilung. Prager Wochenschr. 5. 6. 8. — 5a) Pick, A., Topisch-diagnostische Bemerkungen zu dem von Prof. Zaufal publicirten Fall. Ebendas. No. 9. — 6) Kretschmann, Ein Fall von Meningitis serosa, durch Operation geheilt. München. Wochenschr. No. 16. (13 jährig. Knabe, alte Mittelohreiterung, Cholesteatom; acute Verschlimmerung. Trepanation ergiebt weder im Kleinhirn noch im Schläfenlappen einen Abscess, aber Meningit. serosa. Vollständige Heilung in 9 Monaten.) — 7) D'Arcy Power, Meningitis in its surgical aspects. Clin. Journ. May 20. (Vortrag über die verschiedenen Formen von Meningitis, ihre Symptome und Behandlung, wobei sowohl innere Mittel, als auch die verschiedenen operativen Eingriffe, Oeffnung des intermeningealen Raumes, der Seitenventrikel und die Lumbalpunction besprochen werden. In 2 Fällen wurde nach diesen Eingriffen nicht nur Druck- sondern auch Temperaturherabsetzung, aber nur vorübergehend, beobachtet.) — 8) Sinclair White, A succesful case of trephining for temporo-sphenoidal abscess due to suppurative middle-ear disease. Lancet. Septemb. 26. (19 Jahre alter Mann, seit 4 Monaten Ohrenfluss, seit 5 Tagen heftige Schmerzen, seit 2 Tagen Erbrechen und Delirien. Antrectomie zeigt das Tegmen durchbohrt, desshalb Trepanation in der Schuppe, Entleerung des Abscesses; nach 4 Tagen Entleerung eines zweiten kleineren Abscesses hinter dem ersten; schnelle Heilung.) — 9) Eskridge and Rogers, Orolingual paralysis and slight motor disturbance in writing, of thrombotic origin: operation, recovery. Med. News. August 15. (50 Jahre alter Mann, Tumor am Facialis- und Sprachcentrum vermuthet; Trepanation ergiebt einen Erweichungsherd, Cerebritis circumscripta; langsame Besserung. 6 Monate nach der Operation fast geheilt entlassen, bekam er nach wenigen Tagen einen Schlaganfall und starb in kurzer Zeit. Bei der Section fanden sich neue Herde und Cysten, sowie Endarteritis obliterans mehrerer Hirnarterien. Eine vor der Operation längere Zeit durchgeführte Behandlung mit Jodkali und Ungt. ciner. hatte nur vorübergehend geringen Erfolg gehabt.) — 10) Geronzi, G. und A. Garofalo, Lesione unilaterale dell' ipoglosso e del facciale. Bull. Lancis. XVI. (58 Jahre alte Frau mit Lähmungserscheinungen und trophischen Störungen im Gebiete des linken Facialis und Hypoglossus, die auf eine, wahrscheinlich syphilitische Erkrankung an den zwischen Rinde und bulbärem Ursprung dieser Nerven gelegenen Leitungsbahnen bezogen werden. Nach entsprechender Behandlung Besserung bis auf die Hemiatrophia linguae und die Lähmung des Facialis.) — 11) v. Hopfgarten, Ein Beitrag zur Lehre vom Empyem der Sinus frontales und seiner operativen Behandlung. Zeitschr. f. Chir. Bd. 42. (Entwicklung der Stirnhöhlen,

Varietäten nach Gestalt und Grösse, Erkrankungen, von denen speciell die primären und secundären Entzündungen nach Symptomen, Diagnose und Behandlung ausführlich besprochen werden. v. H. empfiehlt den horizontalen Schnitt dicht unter der Augenbraue und Aufmeisseln im inneren Augenhöhlenwinkel. Vier eigene Fälle.) — 12) Tilley, Herbert, An investigation of the frontal sinuses in 120 skulls from a surgical aspect with cases illustrating methods of treatment of disease in this situation. Lancet. Septemb. 26. (Die grossen Unterschiede der Stirnsinus nach Grösse und Gestalt sind von äusseren Zeichen, wie starke vorragende Arcus u. s. w. ganz unabhängig. Beste Behandlung des Empyems ist die Oeffnung von aussen. Verticalschnitt in der Mitte.) — 13) Bois, Raph., Étude sur les fistules du sinus frontal. Arch. génér. Juillet. (Ausführliche Abhandlung über Entstehung, Diagnose und Behandlung der vom Sinus frontalis ausgehenden Fisteln auf Grund von 52 Fällen, von denen 32 behandelt waren. Nur 3 Kranke waren unter 20, die Uebrigen zwischen 20 und 50 Jahre alt, 32 Männer und 20 Frauen. Die beste Behandlung ist die Freilegung des Sinus und Drainage nach der Nasenhöhle.) — 14) Treitel, Ueber Hirnabscesse nach Stirnhöhleneiterung. Deutsche Wochenschr. No. 47. (22 Jahre altes Mädchen, neun Monate nach Beginn der Symptome Trepanation des Sinus, Drainage nach der Nasenhöhle; 5 Monate später Entfernung der cariösen Hinterwand (Rotter); Hirnpunctionen erfolglos. Bald Krämpfe und Lähmungen, Hirnpunction wieder erfolglos; allmälig Besserung für einige Monate, dann wieder Krämpfe, Tod 1 Jahr nach der ersten Untersuchung der Kranken. Die Section ergab einen, wahrscheinlich Jahre alten Abscess im linken Stirnlappen und Meningitis basilaris purulenta, vom Siebbein ausgegangen.) — 15) Planchu, Trépanation pour un cas d'abscès cérébral consécutif a une sinusite frontale. Lyon méd. No. 48. — 16) Tilanus, C. B., Over een geval van craniectomie by microcephalie. Weekblad. 7. Novemb. (5jährig. Kind, von Geburt an Idiot; Craniectomie in H-Form. Geringe Besserung. Beobachtungszeit $^1/_2$ Jahr.) — 17) Mills-Roberts, A case of congenital depression of the left frontal bone with symptoms simulating chorea: trephining; recovery. Lancet. Octob. 17. (14jährig. Knabe mit bei der Geburt entstandener Depression des Stirnbeins; Anfälle erst seit 3 Monaten. Operation mit dem Trepan. Heilung, nach 6 Monaten noch kein Anfall.) — 18) D'Arcy Power, The results of a year's experience in the surgical treatment of hydrocephalus in children. Internation. clinics. III. (Die Erfolge in den 6 Fällen sind wenig ermuthigend. Trotzdem soll man operiren, d. h. trepaniren und die Seitenventrikel drainiren, wenn der Hydrocephalus sich langsam entwickelt und noch keine Atrophie der Hirnsubstanz anzunehmen ist.) — 19) Beck, B. von, Ueber Punction der Gehirnseitenventrikel. Mittheil. aus dem Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. I. — 20) Henle, A., Beitrag zur Pathologie und Therapie des Hydrocephalus. Ebendas. — 21) Yelverton Pearson, C., Successful operation for a case of pulsating tumour of the temporal region of 18 years standing. Dublin. Journ. Decemb. (Aneur. cirsoid. bei einem 45 Jahre alten Mann, nach einer Verletzung allmälig entstanden. Unterbindung nur theilweise möglich, Abtragen des Restes mit dem Paquelin. Glatte Heilung.)

Der von Zaufal (5) mit Glück operirte Abscess im Schläfenlappen nach acuter Otitis media ist ganz besonders durch die Verwerthung des Symptoms der optischen Aphasie zur Localisation des Krankheitsherdes interessant, da hier eine Unterbrechung existiren muss zwischen den optischen Centren im Kleinhirn und den Centren für Klangbilder im Schläfenlappen, wie Pick in seinem ergänzenden Artikel (5a) auseinandersetzt.

Planchu (15) berichtet über zwei von Jaboulay beobachtete Fälle von Gehirnabscess: einer im Schläfenlappen bei Otitis med., Tod kurz nach der Aufnahme, Durchbruch in den Seitenventrikel; der zweite im Stirnlappen bei Empyem des Sinus frontalis wurde nach der Trepanation und nach mehrfachen tiefen Punctionen gefunden, entleert und drainirt. Tod am Tage der Operation; keine Obduction. — Nach J. muss man in diesen Fällen operiren, sobald die Diagnose gestellt ist; den Herd im Knochen entfernen, von hier aus das Gehirn freilegen und auch bei ganz normaler Rinde mit einem mittelstarken Troicar mehrfach punctiren. Nachher ausreichende und lange Zeit durchgeführte Drainage.

Beck (19) fügt den bisher veröffentlichten Ventrikelpunctionen drei Fälle aus Czerny's Klinik bei. Bei einer Meningitis serosa nach Otitis media wurde nach drei Punctionen Heilung erzielt, die auch nach fast 2 Jahren noch bestand; bei einem Abscess im Stirnhirn nach Fractur und diffuser eiteriger Meningitis trat nach einer Punction des acuten Hydrocephalus internus Heilung ein. Im dritten Falle bestand chronischer Hydrocephalus internus, wahrscheinlich bei Kleinhirntumor; hier führte die 3mal wiederholte Punction wenigstens zur Besserung; der Pat. befand sich noch in Behandlung. Alle 3 waren Kinder von 7, 13 und 14 Jahren. — B. bezeichnet die Lumbalpunction als Nothbehelf; die Ventrikelpunction wirkt viel sicherer. Wo man am besten punctirt, hat B. durch Versuche an der Leiche festgestellt.

Henle (20) bespricht die oft recht dunkle Aetiologie des primären, die viel verständlichere des secundären Hydrocephalus ventriculorum im Anschluss an einen sehr interessanten selbst beobachteten Fall, bei dem es nach wahrscheinlich pyämischen Hirnabscessen zum Hydrocephalus gekommen war, der nach entzündlichem Verschluss des linken Foramen Monroi auf dieser Seite durch Einwandern von Staphylococcen inficirt wurde. Eine Reihe sehr guter Abbildungen erläutern Sitz und Grösse der Abscesse und Form der Ventrikel. Mikulicz hatte hier eine besondere Art der Dauerdrainage eingerichtet: Eine goldene Canüle wurde eingeführt und so befestigt, dass die Ventrikelflüssigkeit nicht nach aussen, sondern in den Raum zwischen Galea und Schädel sickerte, wo sie voraussichtlich schnell resorbirt wäre. Schon früher hatte M. denselben Versuch mit einem Glaswolledrain gemacht und schliesslich eine Hemmung der vorher starken Zunahme des Hydrocephalus danach beobachtet. — Die Operation des Hydrocephalus ist nach H. nur durch ein constantes, längere Zeit beobachtetes Fortschreiten der Erkrankung und durch gefahrdrohende Hirndrucksymptome angezeigt. Bei acuten, bacteriellen Processen muss direct nach aussen abgeleitet werden; weit vorgeschrittene Fälle sind von jedem operativen Eingriff auszuschliessen.

[1) Gajkiewicz, L., Ueber die chirurgische Behandlung des angeborenen und acquirirten Hydrocephalus. Gazeta lekarska. No. 16—18. (Eine sehr fleissige, mit genauer Berücksichtigung der einschlägigen Literatur verfasste Arbeit über dieses Thema, wobei namentlich die Indication und Technik sowohl der cerebralen als der lumbalen Punction genau besprochen wird.) — 2)

Derselbe, Ueber die chirurgische Behandlung des Idiotismus bez. der Microcephalie. Ebendaselbst. No. 50 und 51.

Auf Grund eines genauen Studiums der pathologischen Anatomie und des klinischen Bildes des angeborenen Idiotismus äussert sich Gajkiewicz (2) über den Werth eines operativen Eingriffes, namentlich der Trepanation, bei diesem Leiden trotz der in der Literatur hie und da verzeichneten günstigen Erfolge sehr skeptisch. Die günstigen Erfolge der Trepanation dürften seiner Ansicht nach Fälle von sog. acquirirtem Idiotismus betroffen haben, in welchen nach Beseitigung der localen Ursache eine Besserung der consecutiven Symptome eintreten konnte. In anderen Fällen dürfte die Besserung nur eine vorübergehende, kurz dauernde oder überhaupt eine illusorische gewesen sein.

Trzebicky (Krakau).]

c) Epilepsie, Tumoren, Operationen am Trigeminus.

1) Sachs, B. and A. G. Gerster, The surgical treatment of focal epilepsy. A critical analysis of the result in nineteen cases. Amer. Journ. Oct. (Vergl. Deutsche Wochenschr. No. 35.) — 2) Turner, W., A successful case of trephining of the skull for traumatic epilepsy and hemiplegia; remarks. Lancet. Jan. 11. — 3) Jaboulay, M., La trépanation décompressive. Lyon méd. No. 38. (Empfiehlt bei Tumoren und anderen Zuständen, die nicht sicher zu localisiren und deshalb nicht direct anzugreifen sind, den intracraniellen Druck durch Lockerung des ganzen Schädeldaches [in mehreren Sitzungen] herabzusetzen. In 2 citirten Fällen war die Besserung allerdings nur vorübergehend.) — 4) Morison, A., Notes on two cases of Jacksonian epilepsy treated by operation. With a new method of defining the fissure of Rolando. British Journ. Oct. 17. (1 Cyste zwischen Dura und Pia, unbekannten Ursprungs, und 1 subcutane Fractur mit Lähmung des gegenüberliegenden Arms, extraduraler Bluterguss. Heilung in beiden Fällen. Dass die von Morison empfohlene Art der Projection der Centralfurche besonders einfach sei mit den Messungen von $3^{1}/_{4}$ und $4^{1}/_{8}$ Zoll u. s. w. möchte Ref. bezweifeln.) — 5) Hitzig, Ed., Ueber hirnchirurgische Misserfolge. Sep.-Abdr. gr. 8. Leipzig. — 5a) Negretto, Trapanazione del cranio per epilessia traumatica; guarigione. Rif. med. 21. Nov. — 6) Mason, E. Gaillard, What is the value of operative interference in the treatment of epilepsy? — Based on an analysis of seventy cases taken from contemporaneous literature. Med. News. March 21. — 7) Fincke, Epileptiforme Krämpfe und Lähmung aus traumatischer Ursache, geheilt durch Trepanation. Deutsche Wochenschr. No. 33. (Man soll die Stelle der Trepanation nur nach den klinischen Symptomen, nicht nach Narben etc. bestimmen: drei vergebliche Trepanationen an einer alten Kopfnarbe; Heilung, sobald der Knochen über den kranken Rindencentren, an denen allerdings nichts Pathologisches gefunden wurde, weggemeisselt war.) — 8) Weissgerber, K., Ueber 2 Fälle von operativ behandelter Rindenepilepsie. Ebendas. No. 16. (Von Poppert operirt, 10jähriger Knabe und 28jähriger Mann, beide vor Jahren Kopfverletzung, bei jenem Excision einer bis ins Gehirn reichenden Narbe; nach 2 Jahren ein Anfall, seitdem [wieder 2 Jahre] frei; bei dem Manne Entleerung einer Cyste; Anfälle seitdem viel geringer und seltener, in den letzten $1^{1}/_{2}$ Jahren nur 1 mal.) — 9) Czerny, Jackson'sche Epilepsie durch Entfernung eines subduralen Spindelzellensarcoms geheilt. Ebendas. No. 11. (41 Jahre alter Mann; vor 28 Jahren Kopfverletzung, vor 7 Jahren erster Anfall. Kopfschmerzen und Stauungspapille fehlten. Bei der Operation findet sich ein der Dura aufsitzendes, die Hirnrinde eindrückendes Spindelzellensarcom und eine kleine Cyste. Bedeutende Besserung; keine Krämpfe, geringe Lähmung im linken Arm und Bein. Beobachtungszeit 4 Monate.) — 10) Starr, M. Allen, A contribution to brain surgery, with special reference to brain tumors. New York Record. Febr. 1. — 11) Broca, A. et P. Maubrac, Traitement chirurgical palliatif des tumeurs cérébrales. Arch. génér. Febr. — 12) Colman and Ballance, Subcortical tumour of the brain treated by operation. British Journ. March 21. (32 Jahre alte Frau mit Aphasie, Agraphie und Alexie, Kopfschmerz, Erbrechen, Schwäche der rechten Hand: Tumor im Centrum ovale am Gyrus angularis. Nach Trepanation vorübergehend Besserung. Nach einer Woche Incision der Dura, Entleerung einer Cyste. Tod zehn Monate nach Beginn der Krankheit: Grosses Gliom mit Cyste an der vorher diagnostieirten Stelle.) — 13) Brissaud, Extirpation d'une tumeur cérébrale. Bull. de chir. 13. Mai. (31 Jahre alter Mann, Zeichen eines Tumors am hinteren Ende der Fossa Sylvii; Trepanation in zwei Zeiten. Enucleation. Kopfschmerzen schwinden, Amblyopie bessert sich, Allgemeinbefinden sehr gut. Gliosarcom. Beobachtungszeit 1 Monat.) — 14) Ballance, Charles A., A case of neoplasm cyst of the brain treated by operation. Med. chir. Tr. Vol. 79. — 15) Zeller, Demonstration einer Hirngeschwulst. Berl. Wochenschr. No. 13. (Bei der Operation nicht gefunden; wie die Section ergab, wallnussgross im Streifenhügel, also nicht Beeinträchtigung der Centren, sondern der Leitungsbahnen. Interessante Folgerungen für die Physiologie der Grosshirnganglien und für die Unsicherheit der Diagnose bei Hirntumoren, auch bei begrenzter Lähmung und localisirtem Kopfschmerz beim Beklopfen des Schädels.) — 16) Bastianelli, R., Sarcoma della fossa cerebrale anteriore destra, sviluppatasi nell'orbita e comprimente l'occhio. Ablazione mediante resezione del l'osse frontale. Guarigione. Bol. de Soc. Lancis. XV. 1. (Fibrosarcom der vorderen Schädelgrube, in das Stirnbein und die Orbita gewachsen, hinten am Proc. clinoideus festsitzend. Von der Tenon'schen Capsel leicht abzulösen; das Auge bleibt intact. Vom Stirnbein wird ein Theil abgemeisselt. Vollständige Heilung.) — 17) Thomas, H. M. and W. W. Keen, A successful case of removal of a large brain tumor from the left frontal region — opening and packing of the lateral ventricle with jodoform-gauze. Amer. Journ. Nov. — 18) Gibson, G. A., Remarks on the results of surgical measures in a series of cerebral cases. Edinb. Journ. Febr. — 19) Stieglitz, Gerster und Lilienthal, A study of three cases of tumor of the brain in which operation was performed — one recovery, two deaths. Amer. Journ. May. (3 sehr interessante, ausführlich beschriebene und wissenschaftlich besprochene Fälle; für ein kurzes Referat nicht geeignet. Besonders wichtig ein Gliosarcom der linken motorischen Region, 3 Jahre nach Entfernung einer schon damals für sarcomatös gehaltenen Cyste an derselben Stelle entstanden und mit Erfolg exstirpirt. Beobachtungszeit: 1 Jahr. In den beiden anderen Fällen trat 1 mal 14 Tage, 1 mal unmittelbar nach der Operation der Tod ein.) — 20) Poirier, P., Résection du ganglion de Gasser. Arrachement protubérantiel du trijoumeau. Progrès méd. 15. Aout. (Ausführliche Beschreibung seiner Methode, das Ganglion freizulegen und zu entfernen: Temporäre Resection des Arcus zygomat. und des Proc. condyloid. Entfernung einer Knochenscheibe bis in's Foramen ovale.) — 21) Laguaite, A., Ablation du Ganglion de Gasser pour névralgie rebelle du trijoumeau. Lyon méd. 46. (Unterbindung der Art. maxillaris externa; sonst fast ganz, wie Poirier. Kurze Beobachtungszeit; ausgedehntes Hornhautgeschwür.) — 22) Richardson and Walton,

Removal of the Gasserian Ganglion for facial neuralgia: successful case. Boston Journal. No. 18. (Operation nach Krause, einzeitig trotz heftiger Blutung und Einreissens der Dura beim Aufklappen des Lappens. Einige Tage Aphasie, sonst guter Verlauf. Beobachtungszeit?) — 23) Caroli, Traitement chirurgical de la névralgie faciale. 8. Paris. — 24) Keen, W. W., Remarks on operations on the Gasserian Ganglion, with a report of five additional cases. Amer. Journ. Jan. — 25) Ewart, W., On the medical treatment of tic douloureux in connexion with the question as to operation. British Journ. Nov. 21. (Beachtung der Constitution, des Bodens, Klima's, der Ernährung, etwaiger Zeichen von Gicht. Anfangs Chloral mit Morphium in hinreichender Dosis; Bettruhe, Pflanzenkost, Vermeidung von Alcohol. Ferner empfiehlt E. eine Combination von Jodkali und Sublimat, Salicylpräparate, Heilgymnastik, Massage, Bäder u. s. w. und berichtet 7 Fälle, bei denen auf diese Weise die Operation vermieden wurde. Von den Operationen hält E. eigentlich nur die Entfernung des Ganglion Gasseri für leistungsfähig. Die bei uns empfohlene [Esmarch, Gussenbauer u. A.] methodische Anwendung kalter Eingiessungen erwähnt er nicht.)

Die auf umschriebenen Rindenerkrankungen beruhende Epilepsie, nach Verletzungen oder anderen pathologischen Veränderungen ist nach den Erfahrungen von Sachs (1) nur dann heilbar, wenn möglichst früh operirt wird; dann ist in vielen Fällen Besserung, in einigen Heilung zu erwarten, die aber nicht immer in unmittelbarem Anschluss an die Operation, sondern zuweilen erst später eintritt. Von einer Heilung kann erst die Rede sein, wenn der Kranke mindestens 1 Jahr frei von Anfällen war. Bei Alcoholisten sind die Erfolge schlecht. — Die Excision des erkrankten sogenannten Rindencentrums (Horsley) hat die Krämpfe nicht immer beseitigt und zuweilen zu bleibenden Lähmungen geführt. Von den 19 Fällen, über die S. berichtet (Gerster hatte sie operirt) können 3 als geheilt gelten, 2 bedeutend, 3 etwas gebessert; in 11 Fällen trat keine Besserung ein. Die Operationsmethode muss sich nach der Ursache der Störung richten; bei Kopfverletzungen mit oder ohne Depression reicht oft die einfache Trepanation aus; sind die Membranen entzündlich verdickt, dann müssen auch sie fortgenommen werden, ebenso natürlich alle pathologischen Bildungen in der Rinde. Bei sicher localisirten Herden, auch wenn macroscopisch keine Veränderung zu finden ist, ist die Excision des Centrums zu versuchen, besonders dann, wenn die Erkrankung noch nicht lange besteht und deshalb sclerotische Zustände in der Umgebung noch nicht zu erwarten sind. Die Stelle der Operation ist nicht nach Verletzungen, Narben u. s. w., sondern nur nach den klinischen Symptomen zu bestimmen. Auch bei Kindern mit Lähmung und Krämpfen sind wenigstens die letzteren nicht selten zu bessern, wenn Cysten oder hämorrhagische Herde entfernt werden konnten. — Die 19 Fälle sind sehr ausführlich in einer Tabelle zusammengestellt.

Der von Turner (2) operirte Fall von schwerer traumatischer Epilepsie verlief sehr günstig; es handelte sich um eine 4 Jahre alte offene Fractur des rechten Parietale mit einem Abscess zwischen Knochen und Dura, in dem ein necrotisches Stück Vitrea lag. Drei grosse Trepanöffnungen legte der Abscess frei, der gehörig gesäubert wurde. Der Kranke war sofort befreit von Kopfschmerz, Erbrechen, Krämpfen u. s. w. — T. betont die Wichtigkeit der Behandlung frischer Kopfverletzungen für die Zukunft des Kranken und giebt (die auch bei uns gültigen) Regeln für primäre operative Eingriffe bei Schädelbrüchen an.

Gaillard Mason (6) hat 70 Fälle von Trepanation bei Epilepsie zusammengestellt. 38 waren noch nicht lange genug beobachtet (M. verlangt zur „Heilung" 3 Jahre), in 3 Fällen war die Beobachtungszeit nicht angegeben, in 2 Fällen betrug sie 1 Jahr; es war aber in der Zeit auch Brom gegeben. 3 mal trat der Tod ein nach der Operation, nur 3 mal vollständige Heilung (also Beides 4,3 pCt.), 6 mal Besserung, 14 Kranke blieben ungeheilt. (Nur amerikanische oder englische Beobachtungen sind berücksichtigt.)

Zunehmende Erfahrung hat auch den bekannten Verf. der „Brain surgery" Allen Starr (10) immer vorsichtiger gemacht in der Empfehlung der Trepanation bei der traumatischen Epilepsie; nur wenig dauernde Heilungen sind damit erreicht. — Von den Hirntumoren sind nur 7 pCt. der Operation zugänglich; die Folgen des erhöhten Hirndrucks können allerdings auch bei inoperablen Tumoren durch eine Trepanation mit oder ohne Incision der Dura gemildert werden — wenigstens vorübergehend. Bei einem 16 Jahre alten Knaben, bei dem sicher keine Syphilis bestand, gingen die schweren Erscheinungen fast völlig zurück nach einer Schmiercur und grossen Gaben Jodkali. — Unter 162 Fällen von Trepanation bei Hirntumor, die St. gesammelt hat, waren 48, bei denen die Geschwulst nicht gefunden; 7, bei denen sie gefunden, aber nicht entfernt war, 72, in denen die Entfernung gelang und die Kranken genasen, und 35, in denen nach der Operation der Tod eintrat. Am ungünstigsten ist die Prognose bei Geschwülsten im Kleinhirn. Im Ganzen sind also die Erfolge der radicalen Entfernung von Hirntumoren recht gut, da nach dieser Tabelle fast die Hälfte günstig verlief.

Auf eingehende literarische Studien und mehrere eigene Beobachtungen gründen Broca und Maubrac (11) die Empfehlung der Trepanation bei Hirntumoren, die nicht vollständig entfernt werden können, um die schlimmen Folgen des erhöhten intracraniellen Druckes, wenn auch nur vorübergehend, zu mildern. In manchen Fällen ist auch eine partielle Exstirpation, die ja oft allein möglich ist, von Nutzen gewesen. (Betreffs der Trepanation décompressive vgl. Allen Starr.)

Ballance (14) beschreibt folgenden Fall:

11 jähriger Knabe; vor 10 Monaten Fall auf den Hinterkopf, vor 6 Mon. erster Krampfanfall, seit 4 Mon. Lähmung der betr. (rechten) Seite, Sprachstörung; seit Wochen Kopfschmerz und Erbrechen, Neuritis optica. Trepanation, Entleerung einer Cyste unter der Rinde der linken motorischen Region. Nach 3 Mon. zweite, nach weiteren 5 Monaten dritte, wieder nach 6 Monaten vierte und 4 Wochen später fünfte Operation. Jedesmal wurde die Cyste entleert, jedesmal trat bedeutende Besserung ein. Erst die fünfte Trepanation deckte eine grosse Geschwulst um die Cyste auf, nach deren Enucleation sich schnell ein Recidiv bildete. Dadurch wurde $1\frac{1}{2}$ Monate später die 6. Trepanation noth-

wendig. Wieder Besserung, fast Heilung für 7 Monate. Bei der jetzt nothwendigen 7. Operation trat eine so profuse Blutung, besonders aus dem Knochen, ein, dass der Knabe trotz Kochsalzinfusion nach wenigen Stunden starb. Die Geschwulst war ein Angiosarcom. Im Ganzen hatte die Krankheit 3 Jahre gedauert. Die interessanten dem Berichte beigegebenen Betrachtungen des Verf.'s sind in einem kurzen Referate leider nicht wiederzugeben.

Der von Thomas beobachtete, von Keen (17) operirte 17 Jahre alte Kranke hatte, ausser den gewöhnlichen Zeichen eines Hirntumors, Schwäche im rechten Arm und Facialis, Exophthalmus links und leichte psychische Veränderungen. — Temporäre Resection über dem linken Stirnlappen: grosses, hartes, leicht auszulösendes Gliosarcom (7,5 : 5,5 : 4 cm). Der linke Seitenventrikel lag offen; er wurde durch einen Jodoformgazestreifen drainirt. Glatte Heilung, Schwinden der Beschwerden bis auf die Sehstörungen (rechts bestand schon volle Atrophie des Sehnerven z. Z. der Operation, links excentrisch Finger in 1 m). Beobachtungszeit 4 Monate. Gute Abbildungen, casuistische, physiologische, histologische Bemerkungen und das Urtheil Allen Starr's über den Fall machen diese Mittheilungen besonders interessant. (Vergl. W. W. Keen, Univ. med. magaz. März: Die chirurg. Behandlung intracranieller Tumoren.)

Gibson (18) berichtet über 7 Fälle von Gehirnerkrankungen und kommt zu dem Schluss, die frühzeitige Operation zu empfehlen, welche nur durch richtiges Zusammenwirken der inneren Medicin mit der Chirurgie zu ermöglichen ist.

1. 43 Jahre alter Schornsteinfeger. Häufige Verletzungen des Kopfes. Seit 9 Monaten Kopfschmerzen, bald darauf Schwäche in der linken Hand, später in Arm und Bein, Zucken in der linken Gesichtshälfte, Sprachstörung. Neuritis optica. Trepanation (Annandale). Entfernung eines grossen Gliosarcoms aus der rechten motorischen Region. Heilung bis auf die feineren Bewegungen der linken Hand. Beobachtungszeit fast 5 Jahre (Vgl. Internat. clinics. 1892. p. 131).

2. 50 Jahre alter Arbeiter, seit 5 Wochen krank; Symptome eines Tumors der rechten motorischen Region. Bei der Trepanation wurde Nichts gefunden, vorübergehende Besserung. Tod nach 3 Tagen. Die Geschwulst (Gliom) lag am Nucleus caudatus in der Capsula interna.

3. 25 Jahre alte Frau, seit 10 Mon. zunehmende Uebelkeit, Schwindel und Gehstörungen, Schmerzen über dem linken Auge, Nystagmus, Neuritis optica, absolute Taubheit rechts. (Sehschärfe, Gesichtsfeld? Ref.) Schwanken nach rechts. Keine Lähmungen. — Trepanation (Annandale), Entfernung eines taubeneigrossen Fibrosarcoms aus der Tiefe des Kleinhirns. Heilung bis auf Spuren von Nystagmus. Beobachtungszeit $^1/_2$ Jahr. (Vgl. Edinb. Hosp. Rep. 1895. p. 447.)

4. 13 Jahre alter Knabe, Lähmung der linken Körperseite, Krampfanfälle, Kopfschmerzen besonders rechts; hier flache Hervorragung. Trepanation (Thomson), kein Befund. Heilung der Wunde.

5. 47 Jahre alte Frau, vor 12 Jahren Kopfverletzung, seit 4 Jahren Krämpfe, immer im rechten Arm beginnend. Allmälig Dementia paralytica. Trepanation (doch nicht rechts, wie G. schreibt, Ref.), kein Befund; Tod nach 3 Tagen.

6. 55 Jahre alter Mann, nach einem schweren Schädelbruch mit Depression andauernde Kopfschmerzen. Trepanation, Befund gering. Besserung.

7. 50 Jahre alter Arbeiter, nach einer Verletzung an der linken Kopfseite Krämpfe im rechten Arm, Benommenheit, frequenter Puls. Trepanation, Blutung unter der Dura. Tod am nächsten Tage. Ausgedehnte hämorrhagische Erweichung des rechten Schläfenlappens (Contre-coup).

Keen (24) hat die Hartley-Krause'sche Operation bei Trigeminus-Neuralgie 6 mal ausgeführt; 1 Pat. ging an Sepsis zu Grunde, die anderen wurden geheilt, wenn auch hier und da ganz leichte Schmerzanfälle wiederkehrten. Bei 2 Kranken, bei denen die Entfernung des Ganglion sehr gründlich vorgenommen war, bildeten sich Hornhautgeschwüre, die eine langwierige Behandlung nöthig machten und z. Z. des Berichtes noch nicht geheilt waren.

[Koch, P. D., Ein Fall von Epilepsie, mit Trepanation behandelt. Ugeskrift for Laeger. No. 17.

Eine 35jährige Frau. Im zehnten Jahre ein ernstes Trauma capitis. Im selben Jahre ein Anfall. Seit dem 14. Jahre nächtliche universelle Convulsionen. 24 Jahre alt heirathete sie, wurde kurz darauf gravid und die Convulsionen nahmen hierauf an Heftigkeit zu; der längste freie Zwischenraum war 10 Tage. Innerliche Behandlung ohne jeden Nutzen. Am 17. October 1890 machte man daher die Trepanatio cranii (Dr. Jens Schou) an der Stelle einer Depression am Cranium, 13 cm oberhalb der Spitze des rechten Processus mastoideus, 6 cm unterhalb der Sutura sagittalis und genau in der Mitte einer Linie, die von der Nasenwurzel aus bis zur Protuberantia occipitalis gezogen war und im Ganzen 33 cm hatte.

4 Monate nach der Operation waren die Anfälle bis auf $^1/_{20}$ Theil der früheren reducirt, das Gedächtniss besserte sich und das Aussehen war ein blühendes.

D. E. Jacobson (Kopenhagen).

Naumann, G., Sarcoma periostale cranii. Resectio cranii. Chirurgische Casuistik aus d. Lazareth in Helsingborg. Hygiea. LVIII. 2. p. 155—157.

44jähriger Literator. Seit 5 Monaten eine schnell wachsende Geschwulst im oberen Theile der linken Frontalregion. Keine Schmerzen, aber eine gewisse intellectuelle Schwäche und Dyslalie. Die Geschwulst hatte das Cranium in einem Kreise von ungefähr 7 cm im Durchmesser durchwachsen und die Dura bis zu einer Tiefe im Centrum von ungefähr 4 cm weggedrängt. Theilweise war sie an der Dura angewachsen, lag aber ganz und gar epidural. Vollständige Exstirpation. Querdurchmesser der Geschwulst 9—10 cm, Höhe von der Dura zur Haut 6—7 cm. Der intracranielle Theil der Geschwulst war nicht unbedeutend grösser als der äussere, der Knochenspicula in der Peripherie hatte. Im Ganzen hatte die Geschwulst eine ziemlich lose Consistenz. In Folge Gehirndruckes bei zufälliger Retention von Secret in der Höhle hatte Pat. einige Mal Schwierigkeit, die Wörter auszusprechen, noch mehr aber sie zu finden. Vollständige Heilung. Schutzplatte. Nach einem Jahre Rückfälle an mehreren Stellen des Cranium.

A. Fr. Eklund (Stockholm).]

2. Lippen, Gesichts- und Kopfhaut, Hasenscharten, Wolfsrachen, Speicheldrüsen.

1) Fahrenbach, E., Die Hasenscharten auf der Göttinger chirurgischen Klinik vom April 1885 bis October 1895. Inaug.-Dissert. Göttingen. — 2) Kirmisson, Traitement opératoire du bec-de-lièvre compliqué. Bull. de chir. p. 243. (Ohne die Abbildung nicht verständlich zu machen: K. empfiehlt statt di-

recter Ablösung des platten Nasenflügels eine bessere Ablösung der Theile vom Oberkiefer.) — 3) Fronhöfer, Die Entstehung der Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte in Folge amniotischer Adhäsionen. Inaug.-Diss. Berlin. — 4) Miller, Lewis H., Congenital double fistula of the lower lip simulating a supernumerary nose. Med. Rec. Jan. 18. (Seltene Missbildung bei einem 17jährigen Mädchen, durch keilförmige Excision beseitigt. M. konnte 4 ähnliche Fälle auffinden, von denen 2 noch andere Abnormitäten [Hasenscharte, Gaumenspalt] zeigten.) — 5) Owen, E., The operative treatment of cleft palate. Lancet. Jan. 4. (Genaue Vorschriften für die Vorbereitung, Operation und Nachbehandlung. Spalten des weichen Gaumens operirt O. bei 6 Monate alten, des weichen und harten Gaumens bei 2 Jahre alten Kindern. Chloroform, hängender Kopf, Silberdraht.) — 6) Brandt, Chirurgie der Mundhöhle und Prothese. Berliner Wochenschrift. No. 23. (Vortrag mit Discussion; Empyeme der Highmorshöhle sind vom Alveolarfortsatz oder von der facialen Wand des Unterkiefers aus freizulegen. Bei Gaumenspalten ist, besonders in höherem Alter, die Prothese der Operation vorzuziehen. J. Wolff widerspricht ihm darin, ebenso Gutzmann und Flatau.) — 7) Broca, A., Traitement des fissures congénitales de la lèvre superieure et du palais. Gaz. hebd. No. 4. (B. hat 60 Hasenscharten und 35 Gaumenspalten operirt, jene gewöhnlich nicht vor dem 3. Monat und nicht im Hospital, diese im 4. Lebensjahre. Operation am hängenden Kopf, kann lange dauern, weil die Blutstillung durch Compression an einzelnen Stellen nicht zu ersetzen und dabei sehr langwierig ist. Die Resultate waren sehr gut; nach der Uranostaphyloraphie ist für das functionelle Resultat der weitere Unterricht massgebend. Dieser kann aber bei operirten Kindern mehr leisten, als bei solchen mit Prothesen.) — 8) Guillemot, Actinomycose cutanée de la face. Lyon méd. No. 4. (23 Jahre alter Mann, vor 3 Monaten leichte Verletzung, seit 1 Monat Schmerzen, seit 2 Wochen Verschlimmerung; fast vollständige Heilung unter Jodkali in 2 Monaten.) — 9) Duguet, Sur un cas d'actinomycose bucco-faciale guéri. Bull de l'Acad. No. 3. (34 Jahre alter, sonst gesunder Mann; vielfach Zahngeschwüre an einem cariösen Zahn; allmälig Infiltration der ganzen Wange mit zahlreichen kleinen Oeffnungen, im Eiter Strahlenpilz. Jod innerlich und als Einspritzung in die Fisteln; Heilung in $1/2$ Jahr.) — 10) Kummer, E., Les cystes salivaires de la muqueuse labiale. Nature et traitement. Rev. de la suisse romande. No. 6. (3 Fälle von „Schleimcysten" der Mundschleimhaut, bei denen die anatomische Untersuchung und die chemische des Secrets beweisen, dass zwischen ihnen und den sog. Speichelcysten kein Unterschied besteht.) — 11) Schaefer, Ad., Ein Fall von Parotissarcom. Inaug.-Diss. Erlangen. (10 Fälle aus der Literatur und 1 aus Heineke's Klinik, der sehr ausführlich mit Sectionsbefund beschrieben wird.) — 12) Johnson, Raym., Some inusual cases of swelling of the parotid gland. Lancet. April 18. (5 Fälle von einseitiger Parotisschwellung in Folge von Entzündung und Verstopfung des Stenon'schen Ganges, nach dessen Freiwerden sofort Besserung eintrat.) — 13) Mixter, S. J., Tumors of the parotid appearing in faucial region. Boston journ. No. 6. (2 Fälle von Tumoren am weichen Gaumen, leicht auszuschälen, erwiesen sich als Adeno-Chondrome, wahrscheinlich von der Parotis ausgegangen.) — 14) Nicoladoni, Ueber Fisteln des Ductus Stenonianus. Verhandl. der deutschen Gesellschaft f. Chir. S. 81. (Anatomische Beschreibung des Ductus in seinem buccalen, masseteren und intraglandulären Theil; danach sind auch die Fisteln zu unterscheiden und zu behandeln.) — 15) Aievoli, C., Su di un caso affatto raro di tubercolosi della glandola soltomascellare. Policl. Vol. II C. Fasc. 6. (30 Jahre alter Gerber, seit $1^1/_2$ Jahren Schwellung im rechten Trigon. submax. — Zähne gesund, ebenso Mundschleimhaut. Die hühnereigrosse Geschwulst erwies sich als die Unterkieferspeicheldrüse, in der nur noch wenig Drüsengewebe, sehr spärliche Tuberkelbacillen, aber Riesenzellen und Erweichungszustände, käsige und fibröse Partieen gefunden wurden.) — 16) Küttner, H., Ueber entzündliche Tumoren der Submaxillar-Speicheldrüse. Bruns' Beitr. Bd. 15. (2 Fälle, bei denen erst die microscopische Untersuchung der exstirpirten Drüse die Diagnose ermöglichte und eine andere Neubildung ausschloss. Mittheilung ähnlicher Fälle aus der Literatur.) — 16a) Derselbe, Die Geschwülste der Submaxillar-Speicheldrüse. Ebendas. Bd. 16. — 17) Tietze, A., Ein Beitrag zur Lehre von der symmetrischen Erkrankung der Thränen- und Mundspeicheldrüsen. Ebendas. Bd. 16. (Ein Analogon zu dem von Mikulicz [Bruns' Beitr., Festschr. f. Billroth] veröffentlichten Fall, einen 39 Jahre alten Mann betreffend; beide Thränendrüsen wurden exstirpirt. Das eigentliche Drüsengewebe war zu Grunde gegangen und durch lymphadenoides Gewebe ersetzt. Die Krankheit ist deshalb ähnlich den hyperplastischen Zuständen der Gaumen-, Rachen- und Zungentosillen, den adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes, der Pharyngitis granulosa u. s. w.)

In Fortführung der Arbeiten von Stobwasser (1883) und Abel (1885) hat Fahrenbach (1) 210 in der Göttinger Klinik von 1885—1895 operirte Hasenscharten, 68 pCt. bei männlichen, 32 pCt. bei weiblichen Individuen, zusammengestellt. 112 waren linksseitig, 40 rechts-, 59 doppelseitig. — Verschiedene Krankheiten können einen Aufschub der Operation bedingen, zu frühes Alter an sich nicht. Voller Erfolg trat in 166, bedeutende Besserung in 25, kein Erfolg in 6 Fällen ein, bei denen es sich um schwere Complicationen handelte. Die Operationsmethoden waren die bekannten von König angegebenen, zuweilen in der Modification Hagedorn's. Interessant ist, dass über 198 Fälle später Nachrichten zu erhalten waren; 83, also 41,8 pCt. waren gestorben; bei den übrigen war mit einer Ausnahme Heilung eingetreten, allerdings nicht selten mit einer kleinen Einkerbung des Lippenrandes.

Fronhöfer (3) schliesst aus der Beobachtung und sorgfältigen Untersuchung von 5 auf der v. Bergmann-schen Klinik behandelten Fällen, dass auch diese Spaltbildungen im Gesicht durch Zug und Druck amniotischer Bänder verursacht werden. Eine wichtige Rolle spielt die schon oft beobachtete Erblichkeit und die übrigen bei den betreffenden Individuen vorgefundenen Auricularknöpfchen und andere Missbildungen an den Ohren.

Auf 97 Fälle von Tumoren der Unterkieferspeicheldrüse, darunter 6 neue Beobachtungen, gründet Küttner (16a) eine eingehende Betrachtung dieses immerhin seltenen Leidens. Die eigenen Beobachtungen (Klinik Bruns) betrafen Neubildungen bindegewebiger bezw. endothelialer Herkunft und waren histologisch denen der Parotis vollkommen gleich. In der Casuistik sind die bindegewebigen (endothelialen und sarcomatösen) von den epithelialen (Adenomen und Carcinomen) getrennt betrachtet. Zur klinischen Untersuchung eigneten sich 78 Fälle; die Aetiologie, die Beschaffenheit, der Sitz, die Symptome, Diagnose, Prognose (in 11 pCt. wurden lange bestehende Geschwülste plötzlich

bösartig) und die verhältnissmässig einfache Therapie (Exstirpation) werden daraufhin ausführlich besprochen. Den Schluss der interessanten Arbeit bildet das stattliche Literaturverzeichniss (120 Nummern).

[1) Karczewski, A., Ein Narcotisirungsapparat bei Operationen in der Mundhöhle. Kronika lekarska. No. 24. (Gummikeil, wie ihn die Zahnärzte zum Offenhalten des Mundes benutzen, mit einem Metallrohre, dessen Ende mit dem Junker'schen nachgebildeten Apparate verbunden wird.) — 2) Kasprowicz, St., Ueber verschluckte künstliche Zähne. Nowiny lekarskie. No. 2. (Der kurze Artikel enthält nur allgemein bekannte Rathschläge, zumeist für Laien behufs Verhütung des Verschluckens künstlicher Zähne und Gebisse.)
Trzebicky (Krakau).]

3. Krankheiten der Nase und ihrer Nebenhöhlen. Rhinoplastik.

1) Finny, Lawrence W. E., Rhinoplastic surgery after lupus. British Journ. Dec. 5. (Nasenbildung aus der Stirn mit Einpflanzung einer Stütze aus Celluloid bei einer 32 Jahre alten Frau, bei der der Lupus seit 12 Jahren abgeheilt war. In der Abbildung ist von der Stirnnarbe nichts zu sehen. Beobachtungszeit nicht angegeben.) — 2) Samson, C. v., Zur Rhinoplastik. St. Petersb. Wochenschr. No. 21. (Eingetriebene Nase nach einem Hufschlag vor 15 Jahren. Ablösen des unteren Theiles, Einpflanzen eines Lappens aus der Streckseite des Vorderarmes. Trennung des Stückes am 12. Tage. Gutes Resultat.) — 3) Israel, J., Zwei neue Methoden der Rhinoplastik. Langenb. Arch. 53. (Bildung der Stütze bei Sattelnase durch eine Knochenscheibe aus der Tibia und Bildung der Nase aus der Ulnarseite des Vorderarmes durch einen Hautknochenlappen.) — 4) Berger, P., Rhinoplastie par la méthode italienne. Bull. de l'Acad. 3. Mars. (Empfehlung der Methode, Defecte im Gesicht mit der Haut des Armes zu decken. Am Defect müssen alle Hautreste sorgfältig erhalten werden. Der überpflanzte Lappen muss gross und gut gestielt sein, der Stiel darf nicht zu früh, nicht vor dem 10. Tage, ausnahmsweise bei grosser Ermüdung des Armes auch einmal früher, am 6. oder 7. Tage, durchschnitten werden.) — 5) Anderson, W., Three cases illustrating the technique of the plastic surgery of the face. Lancet. Oct. 31. — 6) Monks, G. H., A plastic operation on the nose by Tagliacozzki's method. Boston Journal. No. 26. (Sattelnase, Einpflanzung eines Lappens vom Vorderarm, Trennung des Stils nach 24 Tagen, gutes Resultat.) — 7) Keen, W. W., Three cases of plastic nasal surgery — for saddle-shaped nose, removal of entire nose and arched roman nose. Med. and Surg. Rep. July 25. (Im 1. Falle Heilung der Sattelnase durch eine eingepflanzte vergoldete Silberplatte, im 2. Ersatz der Nase durch eine silberne Prothese, im 3. Abmeisseln des stark vortretenden mittleren Theiles der Nase.) — 8) Linkenheld, Zur Kieferhöhleneiterung. Münch. Wochenschr. No. 8. (Seit der letzten Influenzaepidemie häufiger geworden; Symptome deuten nicht selten auf andere Erkrankungen, deshalb genaue Untersuchung, event. mit Probepunction! In eitrigen Fällen entweder Fossa canina, bei gesunden, oder bei kranken Zähnen der Alveolarfortsatz breit zu öffnen.) — 9) Avellis, Das acute Kieferhöhlenempyem und die Frage der Selbstheilung desselben. Arch. f. Laryng. 4. Bd. 2. Heft. — 10) Cobb, Fred. C., Empyema of the antrum of Highmore. Boston Journ. No. 19. (Ausführliche, wenn auch nichts Neues enthaltende Beschreibung der Krankheit in ihren verschiedenen Ursachen, Formen, Symptomen und Behandlung. 9 eigene Fälle.) — 11) Moure, Empyem des Sinus maxill. bei Kindern. Rev. de Lar. No. 43. — 12) Royet, Zwei Fälle von Empyem der Oberkieferhöhle, wahrscheinlich entstanden und unterhalten durch séquestres dentaires. Prov. méd. 3. Oct. — 13) Cresswell Baber, E., Notes on the diagnosis of latent abscess of the maxillary antrum. British Journ. June 27. (Aufzählung der unsicheren und sicheren Symptome des Empyems der Highmorshöhle, Empfehlung der Probepunction von der Nasenhöhle aus, wie sie B. in 26 Fällen ausführte.)

Die 3 von Anderson (5) behandelten Fälle von schweren narbigen Defecten im Gesicht sind ohne Zweifel glänzende Beweise dafür, was mit den Methoden der der Plastik und Transplantation bei Ausdauer und richtiger Anwendung geleistet werden kann. Eine Beschreibung ohne die vorzüglichen Abbildungen würde kaum verständlich sein.

Die acuten Empyeme des Antrum Highmori sind nach Avellis (9) häufiger, als man gewöhnlich annimmt. Die leichteren Fälle heilen gewöhnlich von selbst. Wenn aber nach einigen Wochen die Beschwerden noch nicht geschwunden sind, oder wenn es sich von vornherein um schwere Erscheinungen handelt, dann muss operirt werden; wie, von welcher Stelle aus, ist nach A.'s Meinung ziemlich gleichgültig.

[1) Gabryszewski, A., Ueber verschönernde Operationen. Przeglad lekarski. No. 15. — 2) Dembowski, T., Ein Vorschlag zur Verbesserung der Rhinoplastik nach König-Israel. Przeglad chirurgiczny. Bd. III. Heft 1.

Gabryszewski (1) bringt eine Reihe sehr sinnreicher, von ihm ausgeführter Operationen behufs Beseitigung gewisser auffallender Formfehler des Gesichtes. Es gelang G. u. A. übergrossen Ohren ein zierliches Aussehen durch entsprechende Excision zu verleihen, eine sehr grosse Nase durch Keilexcisionen auf normale Dimensionen zu reduciren, sowie eine aufgestülpte Stumpfnase durch Anlegen einer Art von Ohrgehänge zwischen der häutigen und knorpeligen Nasenscheidewand annähernd normal und hübsch umzugestalten.

Dembowski (2) beschreibt einen Fall von Sattelnase, welchen er nach einer von ihm ersonnenen Modification des König-Israel'schen Verfahrens operirt hat. Ohne Illustrationen ist jedoch eine kurze Wiedergabe dieses Verfahrens unmöglich.
Trzebicky (Krakau).]

4. Zunge, Gaumen und Nasenrachenraum.

1) Robin, A. et Leredde, Des varices lymphatiques de la langue. Arch. de méd. expér. 4. (2 Fälle von Vergrösserung der Zunge mit bläschenförmigen Bildungen an der Oberfläche, nach häufig wiederkehrenden Entzündungen, wohl durch Stauung in den abführenden Lymphwegen entstanden. Einmal wurden im Bläscheninhalt Streptococcen gefunden.) — 2) Givel, A., Tumeur congénitale de la gencive. Rev. Suisse rom. 3. (Beginnendes Granulom oder Sarcom, gleich nach der Geburt exstirpirt; nach wenigen Tagen erschien an derselben Stelle ein Milchzahn, der entfernt wurde. Trotzdem hat das jetzt 6 Jahre alte gesunde Kind seine 4 Schneidezähne.) — 3) Marmaduke Sheild, A., A case of aneurysm by anastomosis involving the vessels of the hard palate. Lancet. August 15. (Ein interessanter Fall bei einem 57 Jahre alten Manne, der an heftigen und häufig wiederkehrenden Blutungen aus dem Zahnfleische litt. Zur Entfernung

des Angioms musste eine partielle Oberkieferresection gemacht werden.) — 4) Bittner, W., Grosses Angiom an Mundschleimhaut und rechter Gesichtshälfte. Prager Wochenschr. No. 32. (Mädchen von 13 Jahren, bei der Geburt blaurothe Stelle an Lippenroth, jetzt sogar Symptome intracranieller Reizung. Unterbindung der Carotis ext., Abschnürung einzelner Theile der Geschwulst. Behandlung noch nicht abgeschlossen (Bayer.) — 5) Chalot, Ligature simultanée des deux carotides externes et plus tard ligature de la carotide primitive gauche pour un aneurysme cirsoïde qui occupait principalement le temps, les paupières et le front du côté gauche, ainsi que la racine du nez. Resultats éloignés très satisfaisants. L'indép. méd. p. 129. (Pulsation, Geräusche, Schmerzen hörten vollständig auf, die Geschwulst wurde viel kleiner, Blutungen traten nicht mehr auf. 3 Jahre beobachtet.) — 6) Pearce Gould, A case of tumour of the pharynx; removal after laryngotomy; recovery. Lancet. Octob. 24. (Nach der Tracheotomie Tamponade des Schlundes. Spaltung des weichen Gaumens in der Mittellinie, Ausschälung des an den obersten Halswirbelkörpern und der Parsbasilaris festsitzenden Tumors [Fibrosarcom]. 2 Stunden nachher heftige Blutung bei einem Hustenanfall, sonst guter Verlauf.)

5. Kiefer.

1) Wildt, A., Ueber partielle Unterkieferresection mit Bildung einer natürlichen Prothese durch Knochentransplantation. Centralbl. f. Chir. No. 50. („Knochenverschiebung" ist es eigentlich, da das benachbarte Stück vom unteren Rande ausgesägt, in die Lücke geschoben und hier festgenäht wird. In einem Falle von Bardenheuer mit bestem Erfolge bei einem 73 Jahre alten Manne ausgeführt.) — 2) Englisch, J., Ueber tuberculöse Entzündung des Unterkieferknochens. Allg. Wien. med. Zeit. 19—22. (Ausführliche Darstellung dieser ziemlich seltenen Localisation der Tuberculose. Langsame, schleichende Entwicklung, Verlauf selten acut, noch seltener unter dem Bilde der Generalisation. Cariöse Zähne bilden sehr oft die Eingangspforte, oft sind auch chronische Lungen- und Pleuraerkrankungen voraufgegangen. Behandlung wie bei anderen tuberculösen Knochenleiden: örtlich und allgemein. Am Schluss berichtet E. über 8 einschlägige Fälle.) — 3) Starck, H., Die Tuberculose des Unterkiefers. Brun's Beitr. Bd. 17. — 4) Baumgärtner, H., Ueber die wahre Ankylose des Kiefergelenks und ihre operative Behandlung. Ebendas. — 5) Sachse, B., Ueber einen seltenen Fall von Kieferklemme. Centralbl. f. Chirurg. No. 40. — 6) Oertel, B., Die Kieferklemme und ihre Behandlung. Inaug.-Diss. Halle. — 7) Schmiegelow, E., Ueber acute Osteomyelitis des Oberkiefers. Arch. f. Laryng. Bd. 5. — 8) Merkel, Joh., Ankylose des rechten Unterkiefergelenks in Folge von gummöser Neubildung der Parotis und ihrer Umgebung. München. Wochenschr. No. 50. — 9) Bernays, A. C., A case of excision of both upper jaws, of both malars, of both palatines, of both nasals, of both inferior turbinated, of the ethmoid, of the vomer, of the left lachrymal and of a portion of the pterygoid process of the sphenoid for the removal of a recurrent osteochondroma. Med. Rec. March 28. — 10) Riese, H., Ueber die temporäre Ligatur der grossen Gefässstämme mit besonderer Berücksichtigung der Constriction der Carotis als Voroperation zur Oberkieferresection. Deutsche Wochenschr. No. 5. (Die temporäre Ligatur, oder wie R. vorschlägt, Compression mit einem besonderen Instrument, ist nicht nur an der Iliaca communis bei Exarticulatio femoris, sondern auch an der Carotis bei schweren Operationen an den Gesichtsknochen zu empfehlen. Die Blutersparniss ist dabei eine ganz bedeutende.) — 11) Alexander, A., Carcinom des Oberkiefers. Berlin. Wochenschr. No. 17. (Nach mehrfachen Operationen [1888 Hahn, 1893 Bardeleben] hatte sich ½ Jahr nach der letzten allmälig ein colossales Recidiv gebildet; dabei ist das Befinden leidlich.) — 12) Schultze, M., Ueber die Prognose der Kiefersarcome. Inaug.-Dissert. Halle. (4 Fälle aus v. Bramann's Klinik. — Bei frühzeitiger radicaler Operation ist die Prognose dieser wie aller Knochensarcome nicht ungünstig. Leider kommen die Kranken oft erst dann zur Operation, wenn bei schnellerem Wachsthum die Weichtheile schon ergriffen sind. Dann sind, besonders bei weichen Rundzellensarcomen, die Recidive kaum zu vermeiden.) — 13) Haasler, F., Die Histogenese der Kiefergeschwülste. Langenb. Arch. Bd. 53. Heft 4. — 14) Berger, Sur un cas d'ostéome du maxillaire inférieur (avec présentation de pièce). Bull. de chirurg. Fevrier 12. (Entfernung eines am Alveolarfortsatze aber ohne Zusammenhang mit den Zähnen, bei einer 19 Jahre alten Frau in 1½ Jahren zu Hühnereigrösse herangewachsenen wahren Osteoms durch halbseitige Resection des Unterkiefers. Heilung ohne primäre Prothese. Sehr ausführliche Krankengeschichte des seltenen Falles.) — 15) Clarke Noble, S., A case of leontiasis ossea. British Journ. Dec. 5. (Enorme Verdickung der Nasenbeine, des Stirnbeins und der angrenzenden Theile des Oberkiefers, bei einem 18 Jahre alten Manne 4 Monate nach einem Fall auf die Nase entstanden und rapide gewachsen. Tod kurz vor der beabsichtigten Operation. 2 gute Bilder.) — 16) Billet, Fracture double du maxillaire inférieur. Contention par une gouttière en aluminium, fixée par des rivets. Guérison complète. Arch. provinc. de chir. T. 5. (Nur noch hinzuzufügen, dass es sich um einen Soldaten handelte, dem ein Wagen über das Gesicht gefahren war, und dass die rechte Pars horizontalis herausgebrochen war. Die Immobilisation durch die Aluminiumschienen war vollkommen, die Heilung glatt.) — 17) Poncet, A., Sarcome actinomycosique du maxillaire inférieur (Actinomycome néoplasique). Lyon méd. No. 24.

Starck (3) fand unter den in 12 Jahren auf Czerny's Klinik operirten Kieferaffectionen 8 Fälle von Kiefertuberculose, 3 primär im Knochen, 5 secundär nach Infection des Alveolarfortsatzes durch cariöse Zähne entstanden. Er beschreibt die Entstehung, die Symptome, den Verlauf, die Differenzialdiagnose dieser Formen in ausführlicher Weise. Die Prognose ist ungünstig: entstellende und die Kieferbewegungen hindernde Narben, Complicationen verschlechtern sie. Die Behandlung besteht, abgesehen von prophylactischen Maassregeln, in verschiedenen operativen Eingriffen. Eine conservative (conservirende, Ref.) Behandlung ist zwar für die Narbenbildung günstiger, aber quoad vitam zu gefährlich.

Baumgärtner (4) bespricht 2 von Kraske operirte Fälle von wahrer Kiefergelenk-Ankylose (bei drei Anderen wurde die Operation verweigert), und im Anschluss daran die Aetiologie, Diagnose und Behandlung dieses immerhin seltenen Leidens. Kr. hatte in beiden Fällen nach König die Resection ausgeführt, aber ohne Schonung der A. temporalis, weil das Operationsfeld dadurch übersichtlicher wird. Die Interposition eines Muskellappens hält B. für nicht so empfehlenswerth; man muss nur ein recht grosses Stück von Gelenkfortsatz entfernen.

In dem von Sachse (5) beobachteten Falle war die Kieferklemme dadurch entstanden, dass der nach

aussen gewachsene Weissheitszahn sich wie ein Riegel vor dem Musc. pterygoid. int. legte; nach Extraction desselben konnte der Mund wieder geöffnet werden.

Oertel (6) giebt in seiner reichhaltigen Arbeit nach einer Betrachtung der verschiedenen Arten der Kieferklemme, ihrer Ursachen und ihrer Entwicklung eine ausführliche Beschreibung der Behandlung dieser verschiedenen Formen, ganz besonders die vielen operativen Methoden erläuternd. Am Schluss berichtet er über einen mit Narbendurchschneidung und Wangenplastik von v. Bramann behandelten Fall schwerer narbiger Kieferklemme.

Schmiegelow (7) beschreibt einen Fall von acuter primärer Osteomyelitis der rechten Oberkieferhälfte bei einem 4jährigen Kinde, er macht u. a. darauf aufmerksam, dass man bei Kindern nicht gut von einem Empyem der Kieferhöhle sprechen kann, da eine solche bei ihnen noch nicht existirt. Trotz fleissiger Benutzung der Literatur dürfte eine Hauptarbeit über dieses Thema, die von H. Fischer, Ueber acute Osteomyelitis purulenta der Kiefer, in der Festschrift zur 100jährigen Stiftungsfeier des Friedrich-Wilhelms-Institutes, Berlin 1895, bei ihm fehlen. Allerdingss ist in derselben Ober- und Unterkiefer berücksichtigt. (s. den vorigen Bericht. S. 334.)

In Merkel's Fall (8) handelte es sich um ein 24 Jahre altes Mädchen, das vor 4 Jahren an gummöser Erkrankung an der Tibia behandelt war und jetzt mit colossaler Schwellung der rechten Gesichtshälfte „mit etwa 60 pCt. Wahrscheinlichkeit" auf Gumma der Parotis beruhend, wiederkam. Diese Diagnose wurde bei der Operation — Resection des horizontalen Kieferastes mit Einflanzung von Weichtheilen — durch das Aussehen der Geschwulst „um 30 pCt." wahrscheinlicher und schliesslich durch den Erfolg der Behandlung mit Jodkali ganz sichergestellt.

Bernays (9) verfügt über 41 Oberkiefer-Resectionen; die vorliegende, in der Ueberschrift genügend gekennzeichnete Beobachtung nennt er mit Recht ein Unicum. Trotz des enormen Eingriffes genas der 32 Jahre alte Kranke ziemlich schnell; allerdings zeigte sich nach 10 Monaten ein Recidiv.

Die ausführliche histologische Arbeit Haasler's (13) geht aus von den kleinen Granulationen an der Spitze der Zahnwurzel, einer Combination von chronischer Entzündung und Gewebsneubildung mit epithelialen, bindegewebigen Elementen und zahlreichen Riesenzellen. Dann wird die Epulis, das sogenannte Pulpasarcom, die Kiefercysten (10 Fälle), die Beziehungen der letzteren mit dem cystischen Wurzelgranulom besprochen. Entwickelt sich ein paradentärer Tumor nach dem freien Alveolarrande hin, dann entstehen Fibrome und Sarcome; wächst er in das Innere des Kiefers, dann findet man epitheliale Neubildungen, wobei Uebergänge und Mischformen natürlich nicht ausgeschlossen sind.

Den Beinamen „Sarcome" giebt Poncet (17) der von ihm beschriebenen Form der Actinomycose des Unterkiefers, weil sie ganz unter dem Bilde einer malignen Geschwulst verläuft, oft auch damit verwechselt ist. Bei einer 42 Jahre alten Frau, bei der sich der grosse Tumor in 9 Jahren entwickelt hatte, wurde der Strahlenpilz in dem Secret zerfallener Stellen im Munde aufgefunden. — Exstirpation durch Jalaguier; nach 1 Monat noch keine Heilung, Nachoperation nothwendig.

[1) Langhoff, Acute Osteomyelitis des Oberkiefers. Hospitals Tidende. R. 4. B. 4. p. 1158. — 2) Arctander, Dasselbe. p. 1275.

Schaldemose.]

II. Wirbelsäule und Rückenmark.

Allgemeines, Verletzungen, Entzündungen, Tumoren und Missbildungen.

1) Kocher, Th., Die Verletzungen der Wirbelsäule zugleich als Beitrag zur Physiologie des menschlichen Rückenmarks. Mittheil. aus dem Grenzgeb. d. Med. und Chir. Bd. 1. — 2) Page, Herbert W., Three cases of fracture-dislocation of the spine with total transverse lesion of the spinal cord. Lancet. Febr. 8. (3 Fälle mit vollständigem Fehlen der tiefen Reflexe; die oberflächlichen schienen zeitweise angedeutet zu sein. Die Operation legte in dem einen Falle an Stelle des Rückenmarks einen fibrösen Strang frei; die Wunde heilte, die Symptome blieben natürlich dieselben. In den beiden anderen Fällen wurde nicht operirt.) — 3) Jolly, Stichverletzung des Rückenmarks. Berl. Wochenschr. No. 5. — 4) Wagner, A., Ueber die Erschütterungen des Rückenmarks. Bruns Beitr. Bd. 16. — 5) Henle, A., Beitrag zur Lehre von den traumatischen Erkrankungen der Wirbelsäule. Langenb. Arch. Bd. 52. — 5a) Derselbe, Haematomyelie, combinirt mit traumatischer Spondylitis. Mittheil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir. Bd. 1. — 6) Sinklair Kirk, A case of paraplegie due to spinal caries; Ménards operation. British Journ. Nov. 14. ($5\frac{1}{2}$ jähriges Kind; Resection der Proc. transversi des 4. und 5. Brustwirbels und der anstossenden Rippen auf der linken Seite. Auskratzen der Wirbelkörper bis auf die rechte Wand. Naht ohne Drain. Besserung der Lähmungen. Nach 3 Monaten bestand noch eine Fistel.) — 7) Wolpert, Ueber Lumbalpunction. Inaug. Diss. Jena. — 8) Pietrzikowski, E., Die Bedeutg. und Verwendung der gymnast. Behandlung bei Wirbelsäuleverkrümmungen. 8. Berlin. (Wandervortr. 49.) — 9) Rohleder, W., Ueber Coccygodynie. Inaug. Dissert. Ebendas. — 10) Schramm, H., Caries der Wirbelsäule. Wien. med. Wochenschr. No. 22. 23 u. 24. — 11) Fletcher Beach and E. Cotterell, A case of motor paralysis due to cevical caries treated by laminectomy. Lancet. March 28. (Entfernung der Bögen und Dornfortsätze des 4., 5. und 6. Halswirbels ohne Oeffnung der Dura bei Deviation in Folge alter Caries; kranke Knochen wurden nicht mehr gefunden. Das vollständig gelähmte 13 Jahre alte Mädchen wurde dadurch sehr gebessert, sie behielt nur die Lähmung des rechten Armes zurück.) — 12) Dennucé, M., Le mal de Pott. 16. Av. 35 fig. Paris. — 13) Wachenhusen, H., Ueber Wirbelresection bei spondylitischer Drucklähmung. Bruns Beitr. Bd. 17. — 14) Neumann, J., Ein Fall von Kyphosis lumbalis. Wiener med. Wochenschr. No. 8. (26 Jahre alte Frau; 4 Geburten, davon 2 mit Zange. Starke Kyphose der Lendenwirbel. Rumpf dadurch sehr kurz. Beckenausgang so eng, dass eine grosse Nachgiebigkeit in den verschiedenen Bandapparaten am Kreuzbein und Becken bestanden haben muss.) — 15) Neve, A., Two cases of laminectomy for Pott's disease; remarks. Lancet.

April 18. (1 Fall ohne, 1 Fall mit Erfolg; beide beweisen, wie selten man bei Lähmungen in Folge von Wirbelcaries in der Lage ist, auf sichere Anzeigen hin operativ vorzugehen.) — 16) Percy Paton, E., A case of laminectomy for paraplegia due to spinal caries. Lancet. May 16. (Bei der Section des 1 Jahr nach der Operation, die sehr wenig geholfen hatte, gestorbenen 8 Jahre alten Knaben fanden sich reichliche käsige Massen im vorderen Abschnitte des Wirbelcanals an der operirten Stelle, die aber erst nach Entfernung des Rückenmarks gesehen werden konnte. Die Lücke am 7., 8. und 9. Brustwirbel war durch Knochen und straffe Narbenmassen ausgefüllt.) — 17) Noble Smith, The detection of spinal caries by the Roentgen process. British Journ. June 6. (Werth der X-Strahlen für die Diagnose; in 1 Falle konnte Caries nach dem Bilde ausgeschlossen werden, in einem andern wurde Sitz und Ausdehnung der Krankheit dadurch festgestellt. Beide Male war auf andere Weise eine bestimmte Diagnose nicht zu stellen.) — 18) Albert, E., Keilwirbel und Schrägwirbel. Wien. med. Wochenschr. No. 22. (Kurze Darlegung der Unterschiede.) — 19) Emmer, K., Ueber Trepanation der Wirbelsäule bei tuberculöser Spondylitis. Inaug.-Dissert. Halle. (Kurze Beschreibung der bisherigen Versuche über die Ursachen der Paralyse beim Malum Pottii, Mittheilung zweier von v. Braman operirter Fälle, bei denen kein Erfolg erzielt wurde.)

Die vorliegende, wieder sehr ausführliche Arbeit Kocher's (1) kann als Fortsetzung der in diesen Berichten (1893 und 1894) besprochenen „chirurg. Beiträge zur Physiologie des Gehirns- und Rückenmarks“ betrachtet werden. Auf eigne reiche Erfahrungen gestützt, die einzelnen Beobachtungen in bekannter Weise erläuternd, behandelt er hier die partiellen Wirbelverletzungen, d. h. Contusionen und Distorsionen, isolirte Brüche der Bögen und Darmfortsätze, isolirte Luxationen der Seitengelenke, isolirte (Compressions-) Brüche der Wirbelkörper, und die Totalluxationsfracturen der Wirbel, d. h. Compressionsbrüche der Körper mit Luxation nur in den Seitengelenken, Luxationen der ganzen Wirbel mit Verschiebung in der Zwischenwirbelscheibe und Wirbelbrüche mit totaler Verschiebung. Natürlich finden die Läsionen des Rückenmarks bei diesen Wirbelverletzungen in ihren Symptomen, ihrem Verlauf und eventuell späteren Folgen eingehende Würdigung. In klarer, anschaulicher Weise werden in den einzelnen Fällen Ausdehnung und Art der Lähmung durch Zeichnungen veranschaulicht.

Jolly (3) beschreibt einen Fall von Stichverletzung des Rückenmarks im unteren Cervicaltheil, wobei gleichzeitig das Wurzelgebiet des Plexus brachialis getroffen war. Die ausführliche Wiedergabe des interessanten Symptomencomplexes ist in einem kurzen Referate nicht möglich. Wir wollen nur erwähnen, dass es sich um eine Combination der Brown-Séquard'schen und Klumpke'schen Lähmung handelte.

Wagner (4) betont mit Recht, dass das Wesen der Erschütterung des Rückenmarks und das einer ähnlichen Affection, des Shocks (nicht Shok, wie W. schreibt) noch ziemlich unklar ist. Er beschreibt einen Fall, wo nach heftigem Stoss vollständige, aber schnell vorübergehende Lähmung der Gliedmaassen, der Blase und des Mastdarms auftrat (wie waren die Reflexe? Ref.) und nimmt an, dass eine reine Commotion, vielleicht mit capillären Blutergüssen an wenigen Stellen, bestanden habe. Unter 12 obducirten Fällen fand W. 10, bei denen nachweisbare Veränderungen des Rückenmarks bestanden, freilich in der Mehrzahl secundär, während in frischen Fällen die „primären Veränderungen im inneren Bau der Nervenzellen“ bei der reinen Commotion vorläufig noch nicht nachzuweisen sind.

Die beiden Arbeiten von Henle (5) behandeln denselben Gegenstand; eine nach leichteren und schweren Verletzungen der Wirbelsäule, oft mit längerem freien Intervall, auftretende mit verschiedenen nervösen Störungen verbundene, schliesslich auch zu Gibbus führende Erweichung der Wirbelkörper, für deren Erklärung einfache Fissuren nicht ausreichen. Man muss annehmen, dass dieser der Osteomalacie zu vergleichende Process unter dem Einfluss gleichzeitiger Schädigung nervöser Elemente z. B. durch Haematome oder multiple kleine Blutaustritte in die Substanz des Rückenmarks entsteht. Da die Kranken nach dem Unfalle nicht selten sich schnell erholten und erst einige Zeit nachher anfingen zu klagen, ja vielleicht der Verletzung sich kaum erinnerten; da in Folge dessen oft der Verdacht der Simulation entstand, waren diese Fragen, wie H. durch viele Beispiele in beiden Arbeiten erläutert, von grösster Wichtigkeit für die Entschädigung nach den Vorschriften der Unfallgesetzgebung.

Rohleder (9) giebt in seiner fleissigen Arbeit eine gute Darstellung der Ansichten über die Coccygodynie, das Steissweh, von Nott und Simpson bis auf unsre Zeit. Er unterscheidet 2 Formen, die — seltnere — neuralgische, bei der bestimmte Ursachen nicht aufzufinden sind, und die auf Verletzungen beruhende, von denen die erstere mit Electricität behandelt werden kann, während für die letztere die Exstirpation des Steissbeins die beste Behandlungsmethode ist. 2 von Bardeleben und 1 von König operirter Fall werden zum Schluss ausführlich mitgetheilt.

Schramm (10) beobachtete unter 709 Kindern mit Tuberculose der Knochen und Gelenke 110 mit tuberculöser Erkrankung der Wirbelsäule; Knaben und Mädchen gleichmässig betheiligt (56 : 54). Sch. bespricht an der Hand dieses reichen Materials die Aetiologie, Pathogenese, Symptome, Complicationen und Behandlung des Leidens, und wenn er auch dabei nichts Neues bringt, so sind seine Erfahrungen in vieler Beziehung interessant und wichtig, wie z. B. die über Lagerungsvorrichtungen, Corsets, Extension u. s. w. Bei der Behandlung wird ausser der Prophylaxis und allgemeinen Maassregeln ein möglichst vorsichtiges, conservirendes Verfahren, auch bei Senkungsabscessen, empfohlen.

Wachenhusen (13) findet unter 35 Operationen bei Wirbelcaries 15 Heilungen, 5 Besserungen, 7 vorübergehende Besserungen; 8 starben kurz darauf. Am günstigsten ist die Prognose bei Kindern, bei denen ja auch die spontane Heilung noch am ehesten vorkommt. Jedenfalls hat die Operation in 27 Fällen einen Einfluss auf die Lähmung ausgeübt. Von den 5

ausführlich mitgetheilten Fällen (3 Czerny, 2 Roser) starben 3; 1 war gebessert noch in Behandlung, 1 war geheilt. — Zum Schluss bespricht W. die verschiedenen Operationsmethoden.

[1) Lesniowski, A., Ein Beitrag zur operativen Behandlung der Spina bifida cystica. Kronika lekarska. No. 7. 8. — 2) Jasinski, R., Evidement einer Caverne im Wirbelkörper mit Anlegung einer Naht auf die Dornfortsätze. Gazeta lekarska. No. 1.

Lesniowski (1). 22jähr. schwächliches Fräulein mit einer congenitalen kopfgrossen Geschwulst in der Sacralgegend. Die Haut darüber gerunzelt, stark vascularisirt, an 2 Stellen oberflächlich exulcerirt. Ein stärkerer Druck auf die Geschwulst verursachte der Kranken Unbehagen und Schmerzen im Nacken. Im Kreuzbein eine Spaltung in der Mittellinie. Im Uebrigen bis auf eine ausgesprochene Atrophie der Musculatur an den unteren Extremitäten und hierdurch bedingten schwankenden Gang normale Verhältnisse. Zuerst wurde die Geschwulst durch Aspiration von 1500 ccm einer wasserklaren Flüssigkeit mittelst Potain'schem Apparate verkleinert, und hierauf nach Spaltung der Haut die Cystenwand zumeist auf stumpfem Wege bis zur Ansatzstelle am Kreuzbein lospräparirt. An dem Letzteren fand man eine ovale, 7 cm lange, 3 cm breite Oeffnung, welche durch Spaltung der oberen Kreuzbeinwirbel entstanden war. Die freien Wirbelbogenhälften waren ausserdem rechterseits durch die wachsende Geschwulst stark nach aussen verdrängt, an eine Infraction an der Basis erinnernd. Die Cyste wurde an der Uebergangsstelle in den Wirbelcanal abgebunden und oberhalb der Ligatur abgetragen. Die nach aussen verdrängten Wirbelbogen wurden nach erfolgter Infraction an der Basis über die Spalte gelegt, und mittels Naht an ihrer neuen Stelle befestigt, wodurch die Oeffnung im Kreuzbeine fast vollständig verschlossen wurde. Im weiteren Verlaufe Ausfluss von Cerebrospinalflüssigkeit; Anfangs Kopfschmerzen und Unwohlbefinden, sobald der Ausfluss sistirte. Schiesslich vollständige Heilung. Die exstirpirte Cystenwand war 2—3 mm dick, an der Innenfläche glatt. Die microscopische Untersuchung ergab ausschliesslich straffes, gefässarmes Bindegewebe, aber keine Spur von Epithel. An die Beschreibung dieses Falles schliesst Verf. eine genaue Besprechung der Pathologie und Therapie dieses Leidens ohne jedoch wesentlich Neues zu bringen.

Jasinski (2) hat an dem in der Warschauer ärztlichen Gesellschaft demonstrirten 3jährigen Kinde sein Verfahren bei Spondylitis mit Congestivabscessen erläutert. Patient bietet seit längerer Zeit die classischen Symptome einer Dorsalspondylitis dar; vor etwa drei Monaten vollständige Paraplegie, die nach 4 Wochen synchronisch mit dem Auftreten zweier Congestivabscesse zu beiden Seiten der Wirbelsäule schwand. Verf. legte mittelst eines grossen U-förmigen Lappens beide Abcesse frei, und excochleirte und exstirpirte z. Th. deren Wandungen. Vom rechten Abcesse konnte man bloss bis zu dem Processus transversus gelangen, dagegen führte vom Boden des linken ein Hohlgang in die Tiefe. Nach Resection eines ausgiebigen Rippenstückes gelangte Verf. vom Mediastinum posticum aus in eine haselnussgrosse tuberculöse Höhle im Wirbelkörper, welche mit dem scharfen Löffel ausgeschabt wurde. Um ein weiteres Einknicken der Wirbelsäule zu verhindern, legte Verf. um die Dornfortsätze des Kranken und der beiden benachbarten Wirbel eine Achtertour aus starker Seide. Der Hautlappen wurde z. Th. mittelst Naht an seinem Platze befestigt. Jodoformverband. Im weiteren Verlaufe wurde noch ein vom rechten Abscesse bis an den Wirbelkörper führender Hohlgang gefunden und ebenso wie 2 oberflächliche Hohlgänge ausgeschabt. Nach 6 Wochen vollständige Schliessung der Wunde. Patient wird mit einem Filzmieder entlassen.

Trzebicky (Krakau).]

III. Hals.

A. Verletzungen, Entzündungen, Operationen.

1) Terrier, Felix, Les Opérations pratiquées sur les Vaisseaux veineux du cou. Progr. méd. No. 28. — 2) Starck, H., Der Zusammenhang von einfach chronischen und tuberculösen Halsdrüsenschwellungen mit cariösen Zähnen. Bruns' Beitr. Bd. 16. — 3) Renton, Crawford, A discussion on the treatment of tuberculous glands in the neck. Brit. Journ. Sept. 12. — 4) Briggs, F. M., The treatment of cervical adenitis. Boston Journ. No. 23. — 5) Osten, F., Etude sur les résultats obtenues par la ténotomie dans les torticollis muscul. chron. Thèse de Paris. — 6) Kader, Br., Das Caput obstipum musculare. Bruns' Beitr. Bd. 17. (Weist auf Grund zahlreicher Untersuchungen nach, dass es sich dabei um eine chronische progrediente Myositis mit Ersatz der erkrankten Partie durch neugebildetes Bindegewebe handelt. Mikulicz exstirpirte den Kehlkopfnicker bei musculärem Schiefhals 3 mal total, 13 mal partiell.) — 7) Collins Warren, J., A case of cervical rib with operations. Boston Journ. March 12. — 8) Stiefler, Zur Pathologie der Halsrippen. Münch. Wochenschr. No. 23. (23 Jahre altes Mädchen, Schmerzen in der linken Schulter, Nacken und Hinterkopf, pulsirende, plötzlich entstandene Geschwulst an der linken Halsseite. Untersuchung ergiebt eine anscheinend vom 6. Halswirbel ausgehende, vorn mit der ersten Rippe vereinigte Halsrippe, über die die Art. subclavia hinwegzieht. Rechts ähnlich, aber nicht so ausgeprägt. Behandlung vorläufig symptomatisch; Operation in Aussicht genommen.) — 9) Reclus, P., Phlegmon ligneux du cou. Bull. de chir. p. 450.

Für die Verletzungen der V. jugul. int. (die externa hat kaum, die anterior gar keine chirurgische Bedeutung) kommt nach Terrier (1) besonders die Unterbindung und die Naht der Venenwunde in Betracht, beide haben erst durch die Antiseptik allgemeine Verbreitung gefunden. Die Resection der Vene wird vielfach jetzt bei Sinus-Phlebitis angewandt; die seitliche, partielle Unterbindung kann nur bei kleinen Verletzungen Verwendung finden. Die Venennaht wird kurz erwähnt, ebenso die Abklemmung mit Pincetten (Küster, Niebergall) und zum Schluss eine höchstens historisch wichtige Beschreibung des Aderlasses an der V. jugul. ext. oder anterior gegeben.

Unter den vielen Ursachen der Halsdrüsenschwellung bei Kindern ist nach Starck's (2) Untersuchungen den Zahnkrankheiten noch nicht die gebührende Stellung geworden. Er stellte fest, dass unter mehr als 100 Kindern des Arbeiter- und Mittelstandes nur 20 pCt. ganz gesunde Zähne hatten, und dass eine grosse Zahl zugleich an Drüsenschwellungen — 5 davon an tuberculösen Drüsen — litten. Bei 2 Kindern war das Aufeinanderfolgen der Zahncaries und der Drüsentuberculose besonders deutlich; auch wurden bei ihnen in den extrahirten Zähnen T.-B. nachgewiesen. Die Folgerungen für die Zahnhygiene ergeben sich von selbst.

Crawford Renton (3) eröffnete eine Discussion über die Behandlung tuberculöser Halsdrüsen; er wartet unter üblicher örtlicher und allgemeiner Therapie bis die Drüsen erweicht, die Haut aber noch intact ist, und kratzt sie dann nach kleinem Schnitt aus. — Harold J. Stiles bespricht die Aetiologie des Leidens und seine Behandlung sehr ausführlich; auch er macht kleine Incisionen (quer nach Kocher), kratzt aus, ätzt mit reiner Carbolsäure, tamponirt mit Jodoformgaze: empfiehlt aber, wenn noch keine Erweichung eingetreten ist, die Ausschälung der Drüsen, auch wenn dabei das ganze seitliche Halsdreieck freigelegt werden muss. Er folgt hierbei Watson Cheyne; auch bei uns wird im Allgemeinen dieselbe Ansicht herrschen; die Schwierigkeiten und Gefahren dieser Operation sind vielfach übertrieben, sie sind nur selten wirklich schwer zu überwinden.

Briggs (4) spricht besonders von den ätiologisch unklaren und den sogen. tuberculösen Drüsen, deren Gefährlichkeit er vollständig in Abrede stellt. Demgemäss ist nach ihm die Exstirpation nur in den sehr seltenen Fällen nöthig, wenn die Drüsen mindestens ein Jahr trotz aller Behandlung stationär geblieben sind. Sie gehen entweder zurück oder vereitern. Seine „self retaining drainage canula", bei deren Verwendung nur geringe Narben entstehen sollen, wurde im vorigen Berichte (S. 338) erwähnt. Bei grösseren Abscessen müssen mehrere Canülen eingelegt werden. Nach 2 Tagen werden sie wieder entfernt. Auskratzen ist nur nöthig, wenn die Drüsen noch nicht ganz vereitert waren (kommt freilich oft genug vor. Ref.).

Collins Warren (7) berichtet über eine 35 Jahre alte, magere, aber sonst gesunde Frau mit Schmerzen und Schwäche im linken Arm und einem harten Tumor über der Mitte des linken Schlüsselbeins, der sich bei der Operation als Halsrippe erwies. Innen lag ihm die Art. subclavia, aussen der Plexus brachialis auf. Nach der Operation Nachlass der Schmerzen und Wiederkehr der Kraft des Armes. Im Anschluss an diesen Fall bespricht der Verf. die neueren Ansichten über die Symptome und die Behandlung des Leidens nach Ehrich, Tilmann u. A.

Reclus (9) hat bisher in 4 Fällen eine eigenthümliche Form der Phlegmone am Halse beobachtet, die durch ihre schleichende Entwickelung, ihre Härte, die Beschaffenheit der Haut u. s. w. ein Neoplasma vortäuschen kann. In einem Falle trat die Entzündung nach Diphtherie auf; in dem entleerten Eiter fanden sich die Löffler'schen Bacillen.

B. Kehlkopf und Luftröhre.

1) Scheff, G., Ueber Fracturen der Kehlkopfknorpel auf Grund experimenteller Versuche mit Demonstration eines darauf bezüglichen Präparates. Wien. med. Wochenschr. No. 17. — 2) Sheild, A. M., A case of fractured larynx; tracheotomy; thyrotomy; recovery. Lancet. Nov. 14. — 3) Sydow, Fr., Beiträge zur Geschichte der Tracheotomie. Münch. med. Abhdl. Heft 70. — 4) König, F., Zur Deckung von Defecten in der vorderen Trachealwand. Berl. klin. Wochenschr. No. 51. — 5) v. Eiselsberg, Zur Resection und Naht der Trachea. Deutsche med. Wochenschr. No. 22. (Vollständiger Verschluss der Trachea oberhalb einer nach Schnittwunde zurückgebliebenen Fistel. Freilegung beider Rohre schwierig. Operation dauert 3 Stunden, gelingt aber vollständig, auch functionell volle Wiederherstellung.) — 6) Downie, W., Description of a case in which a pin lodged in the larynx for five mouths was localised by the Röntgen rays and removed by external operation. (Die Nadel war bei dem 19 Jahre alten Manne laryngoscopisch nicht aufzufinden; bei der Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen entdeckt und nach Laryngotomie extrahirt.) — 7) Foederl, Zur Resection und Naht der Trachea. Wiener klin. Wochenschr. 31. Dec. — 8) Terrier, F., L'extirpation du larynx. Gaz. de Paris. No. 36. (Geschichte und Statistik der Operation, letztere nach Schwartz, Beschreibung der Ausführung und Nachbehandlung bei totaler und partieller Laryngotomie, mit und ohne prophylactische Tracheotomie. Bei bösartigen Neubildungen ist immer die totale Exstirpation angezeigt.) — 9) Hansberg, W., Beiträge zur Operation des Kehlkopfkrebses. Arch. f. Laryng. 5. Bd. (Empfiehlt die partielle Laryngectomie, und für geeignete Fälle die endolaryngeale Operation oder die Excision nach Spaltung des Kehlkopfes und prophylactischer Tracheotomie. Diese kleineren Operationen können nur bei frühzeitigem Eingreifen nützlich sein; H. machte bei einem 46 Jahre alten Manne zuerst die Entfernung vom Munde aus und ein Jahr später die Excision des erkrankten Stimmbandes nach Spaltung des Schildknorpels. Heilung. Beobachtungszeit kurz. H. giebt am Schluss eine Tabelle von 154 Operationen bei Kehlkopfkrebs: 18 endolaryngeal, 52 Laryngotomien mit Entfernung von Weichtheilen, 54 Resectionen und 30 Totalexstirpationen; 123 bei Männern, 29 bei Frauen. Nach dieser Tabelle sind in neuerer Zeit die schonenderen Methoden viel häufiger angewendet und bessere Resultate erreicht.) — 10) Cameron, H., What are the elements of success and failure in tracheotomy in children? Brit. Journ. Sept. 12. — 11) Richelot, La Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. L'un. méd. No. 17. — 12) Wagner, Cl., Thyrotomy; with report of a series of cases operated upon during the past twenty years. New York Rec. Jan. 4. — 13) Hirigoyen, Valeur comparée de la trachéotomie et de l'inter-crico-thyrotomie. Thèse de Bordeaux.

Auf Grund eines Falles von isolirtem Bruch des Ringknorpels durch Hufschlag, bei dem die Tracheotomie auf ganz enorme Schwierigkeiten stiess, hat Scheff (1) an 20 Leichen Versuche angestellt, die zu einer Bestätigung der Befunde von Cavasse, Keiller u. Gurlt führten. Brüche des Schildknorpels sind häufiger als die des Ringknorpels; dieser ist selten für sich allein, häufiger zugleich mit dem Schildknorpel gebrochen. Aber auch die Aryknorpel können betheiligt, die Stimmbänder gerissen sein.

Sheild's (2) Fall betraf eine 23 Jahre alte Frau, die nach einem Sturz gegen eine Stuhlkante mit Athemnoth, blutigem Auswurf und Hautemphysem, ohne äussere Wunde, eingeliefert wurde. 3 Wochen nach der Tracheotomie geheilt entlassen, kam sie nach einigen Tagen mit heftiger Stenose wieder. Tamponcanüle, Laryngotomie, Entfernung derber Narbenmassen unterhalb der Stimmbänder. Jetzt trat definitive Heilung ein.

Sydow (3) giebt in seiner interessanten Arbeit eine übersichtliche Darstellung der Entwickelung der Tracheotomie von den frühesten Zeiten bis zur Gegenwart. Eine Reihe von Abbildungen erläutert die Me-

thoden und ihre Verbesserung, vom Wundartzneyischen Zeug-Hauss des Joh. Schultes (1670) bis zum Bose'schen Haken, den Tamponcanülen und Dilatatoren. Das Literaturverzeichniss am Schluss umfasst ca. 150 Nummern. — Der beste Zeitpunkt für die Operation, ihre verschiedenen Indicationen, die Schnittführung, die Stelle des Eingriffs, die Canülen, die Tracheotome, die Hilfsinstrumente, die Narcose, die Bedeutung der Tubage und der Serumbehandlung für die Tracheotomie-Frage — das ist ungefähr der Inhalt der Abhandlung. Bei einer solchen Reichhaltigkeit sind kleine Lücken ohne Bedeutung; bei den Tamponcanülen fehlt z. B. die Hahn'sche Schwammcanüle und auch wohl die Erwähnung des Operirens am hängenden Kopf. E. Rose ist mehrfach „Roose" genannt. Die Durchschneidung des Ligam. conoides allein kann man nicht (S. 24) als „Cricotracheotomie" bezeichnen.

Da bei Trachealdefecten der Weichtheilverschluss leicht ungenügend und unbrauchbar ist, indem die nachgiebige Decke bei jeder Inspiration in die Luftröhre hineingezogen wird, führte König jun. (4) in einem bisher jeder Behandlung unzugänglichen Falle eine Art Knorpelplastik aus: er nahm den Decklappen aus der seitlichen Schildknorpelgegend, und mit ihm eine dünne Schicht des Schildknorpels und legte diesen Hautknorpellappen über den Defect. Der Erfolg war ausgezeichnet. Bei kleineren Defecten ist dies Verfahren seiner Einfachheit wegen der sonst ähnlichen Osteoplastik, der Ueberpflanzung von Hautperiostknochenlappen (Sternum, Clavicula, Unterkiefer) vorzuziehen.

Cameron (10) spricht von den Erfolgen der Tracheotomie bei Diphtherie; sie sind im Allgemeinen um so besser, je später im Verlaufe der Krankheit bedrohliche Erscheinungen auftreten. Es ist möglich, dass hier die Serumtherapie die Prognose bessert, indem sie die Heftigkeit des Processes früh genug mildert. — Blutungen während der Operation, spätere Blutungen durch Arrosion der Art. anonyma, Prolaps der Thymusdrüse bei tiefer Tracheotomie, Emphysem und — vom Mediastin. post. aus — Pneumothorax, Asphyxie beim Einführen der Canüle, wenn die Schleimhaut nicht genügend durchschnitten ist, und endlich Fortschreiten der Diphtherie in die Bronchien und tiefe Halsphlegmone — das sind die Gefahren für das Leben oder mindestens Störungen im Wundverlauf bei und nach der Tracheotomie. C. setzt bei den einzelnen Complicationen auseinander, wie sie entstehen und wie sie eventuell vermieden werden können. — In der Discussion stimmte man dem Vortr. im Allgemeinen bei.

Richelot (11) giebt eine Kritik der Vorschläge Gougenheim's (s. Bericht f. 1894) und empfiehlt statt der Tracheotomie die Incision des Ligam. conoides, wenigstens für Erwachsene, weil es bei diesen für eine Canüle von 8—10 mm Durchmesser bequem Platz bietet und weil im Uebrigen diese Art Laryngotomie sehr leicht und schnell auszuführen ist. Dass dabei die Function der Stimmbänder irgendwie beeinträchtigt würde, giebt R. nicht zu.

Wagner (12) hat die Spaltung des Ligam. conoides und des Schildknorpels bei 5 Erwachsenen und bei 5 Kindern ausgeführt; bei jenen fast ausnahmslos wegen bösartiger Neubildungen mit vorübergehendem Erfolge, bei diesen 4 mal wegen Papillom und 1 mal bei narbiger Stenose nach Diphtherie, immer mit gutem Erfolge.

C. Schilddrüse.

1) Reinbach, G., Ueber die Erfolge der Thymusfütterung bei Kropf. Mittheil. aus dem Grenzgeb. der Med. u. Chir. Bd. I. — 2) Stabel, H., Zur Schilddrüsentherapie. Berl. Wochenschr. No. 5. (Mit Discussion.) — 3) Angerer, O., Ueber die Behandlung des Kropfes mit Schilddrüsensaft. Münch. Wochenschr. No. 4. — 4) Sabrazès et Cabannes, Guérison rapide d'un goitre simple par l'extrait glycérique de corps thyroïde, après l'échec de la médication jodurée. Gaz. hebd. No. 28. — 5) Walling, W. H., Non surgical treatment of simple goitre. Philad. Rep. Febr. 1. — 6) Bruns, P., Beobachtungen und Untersuchungen über die Schilddrüsenbehandlung des Kropfes. Bruns' Beitr. Bd. XVI. — 7) Stokes, Sir William, Case of a large cystic bronchocele necessitating complete removal of the thyroid gland. Lancet. Jan. 4. — 8) Löwenstein, Ein Fall von totalem Schwund des zurückgelassenen Kropfrestes nach partieller Struma exstirpation. Berlin. Wochenschr. No. 28. (44 Jahre altes Mädchen, vom Kropf blieb nur ein mit der Luftröhre verwachsenes Stückchen und dieses schwand vollständig in 5 Wochen. Dadurch gleicht der Fall einer Totalexstirpation; doch blieben die bösen Wirkungen aus.) — 9) Jaboulay, L'ablation de la poignée du sternum dans certains goîtres plongeants. Lyon méd. 29. — 10) Casati, E., Gozzo parenchimatoso voluminoso a larga base d'impianto aderente al fascio nerveo-vascolare di destra — Asportatione — Tracheotomia d'urgenza. Raccogl. 10. April. (Schwierige partielle Thyroidectomie bei einer 80 Jahre alten Frau; Tracheotomie am 3. Tag bei plötzlichem Erstickungsanfall, Heilung.) — 11) Astolfi, G., Contributo all' eziologie del Gozzo. Ibidem. 10. Juni. (Untersuchte die Trinkwasser einer Kropfgegend und fand, dass dort [Montemonaco] nur die Härte des Wassers für die Krankheit maassgebend sei.) — 12) Schayer, L., Ueber Struma congenita. Inaug.-Diss. Berlin. (1 Fall aus der v. Bergmann'schen Klinik, bei dem es sich um eine Mischgeschwulst, d. h. um Struma mit Resten des Ductus thyreoglossus und mit knorpligen Einlagerungen handelte. Zusammenstellung einer Reihe ähnlicher Fälle aus der Literatur.) — 13) Frank, K., Ein Fall von Blähkropf. Münch. Wochenschr. No. 20. (53 Jahre alter Mann; die beim Husten plötzlich am Halse hervortretende, auf Druck ebenso plötzlich verschwindende Geschwulst soll zum ersten Mal vor 25 Jahren nach einem Sprunge entstanden sein. Daneben besteht eine substernale Struma.) — 14) Wuhrmann, F., Die Struma inthrathoracica. Zeitschr. für Chir. 43. Bd. — 15) Bergeat, H., Ueber 300 Kropfexstirpationen an der Bruns'schen Klinik 1883—1894. Bruns' Beitr. Bd. 15. — 16) Holland, S., Zur Behandlung des Struma. Inaug.-Dissertat. Halle. — 17) Riedel, Die chronische, zur Bildung eisenharter Tumoren führende Entzündung der Schilddrüse. Verhdl. der deutschen Gesellsch. f. Chir. S. 101. — 18) Heddaeus, Ein Fall von acuter Strumitis durch Diplococcus Fränkel-Weichselbaum mit secundärer metastat. Pneumonie. München. Wochenschrift. No. 21. — 19) Ewald, C., Zur Aetiologie der Strumitis. Ebendas. No. 27. — 20) Turner, Aetiologie der acuten Entzündung der Schilddrüse. Wratch. 27. Juli. — 21) Tailhefer, Thyroïdite chronique (für Krebs gehalten.) Sem. méd. p. 422. — 22) Jaboulay, La régression des noyaux secondaires du cancer thyroïdien après la mise à l'air de la glande thyroïde dégénérée. Lyon méd. No. 25. (Zwei Fälle von Krebskropf mit Meta-

stasen am Schädel und Brustbein. Nach der Freilegung des Kropfes gingen dieselben zurück; die Kranken starben bald darauf an Lungenmetastase. J. hält die Knochengeschwülste für primäre neoplasmes thyroïdiens.) — 23) Bennecke, Ein Fall von maligner epithelialer Geschwulst der Schilddrüse. Berliner Wochenschr. No. 34. — 24) Meyer, E., Ueber das maligne Adenom der Schilddrüse. Archiv für Laryng. Bd. V. — 25) Berndt, Fr., Zur chirurgischen Behandlung der Basedow'schen Krankheit. — 26) Riedel, B., Chirurgische Behandlung der Basedow'schen Krankheit. Jena. — 27) Gayet, G., Un procédé nouveau de traitement chirurgical du goitre exophthalmique: la section du sympathique cervical. Lyon médical. No. 30.

Wie aus Reinbach's (1) Arbeit hervorgeht, hat Mikulicz die Fütterung mit Thymus, zuerst roh, später in Tabletten, in 30 Fällen angewendet, 20 mit, 10 ohne Erfolg. Nach R. ist diese Behandlung der mit Schilddrüse gleichartig, vielleicht überlegen, weil ohne bedenkliche Folgen; in 1 Falle, wo nach Schilddrüse Verschlimmerung eintrat, führte die Thymusfütterung zu dauernder Heilung; wo letztere ohne Einfluss war, wurde „wiederholt" — in den 10 Krankengeschichten ist es aber nur 1 mal erwähnt — Schilddrüse, aber auch ohne Erfolg gereicht. (Ueber das Thyrojodin und seine Wirkung geht R. kurz hinweg; wie erklärt man sich aber diese zweifellos vorhandene Wirkung im Vergleich mit der der Thymusfütterung? Wieder ein neues „Kropfräthsel".)

Die Mittheilung Stabel's (2) aus der v. Bergmann'schen Klinik bestätigt die Erfahrung, dass die herausgenommene Schilddrüse sich nur ganz kurze Zeit frisch erhält; im Uebrigen waren die Erfolge gut, 8 pCt. Heilungen, 92 pCt. Besserungen, letztere mussten durch öftere Wiederholungen der Cur erhalten werden. Frische Drüse wirkte besser als Tabletten. Bei Morb. Based. trat in der Regel Verschlimmerung nach der Schilddrüsenfütterung ein. — In der Discussion vertheidigt Ewald die Behandlung mit Tabletten: er sah freilich kein völliges Schwinden des Kropfes, aber doch ganz bedeutende Besserung eintreten. Vor der Behandlung des Morb. Bas. mit Schilddrüse warnen ausser Ewald auch Mendel und Senator.

Auch Angerer (3) giebt der rohen Schilddrüse den Vorzug vor Tabletten u. s. w., bestätigt übrigens durch seine 78 Fälle die günstigen Erfahrungen Anderer, sowie die Nothwendigkeit der Wiederholung in manchen Fällen. Vorsichtige Beobachtung des Kranken!

Sabrazès und Cabannes (4) erzielten eine bleibende Abnahme des Halsumfanges von 5 cm bei einem 44 Jahre alten Kropfkranken, der längere Zeit vergeblich mit grossen Dosen anderer Jodpräparate behandelt war, durch Glycerinextract der Drüse. Rohe frische Drüse ist schwer zu beschaffen, ist auch oft mit kleinen Abscessen durchsetzt.

Walling (5) giebt nur eine Zusammenstellung äusserlich und innerlich applicirter Mittel.

Bruns (6) (vergl. den vorigen Bericht) verfügt über 350 Fälle von Schilddrüsenbehandlung des Kropfes. Wie früher nur in $^1/_4$ der Fälle kein Erfolg, bei jungen Patienten mehr Aussicht als bei älteren, Recidive leicht durch kleine Dosen zu bekämpfen. Interessant sind Versuche bei mit Kropf behafteten Hunden und hier wieder die (von Baumgarten ausgeführten) microscopischen Befunde, nach kürzerer und längerer Behandlung mit Schilddrüse. — In 24 Fällen, die mit Thyrojodin behandelt waren, zeigten sich dieselben Erfolge, wie nach der anderen Art der Darreichung.

Stokes (7) machte die Totalexstirpation eines grossen, in toto cystisch entarteten Kropfes, der vom Kinn bis unter das Brustbein reichte. In den ersten Tagen hohes Fieber bei aseptischem Verlaufe. St. gab der 33 Jahre alten Frau bei der Entlassung den Rath, regelmässig Schilddrüsenextract einzunehmen.

Die Schwierigkeiten und Gefahren, mit denen die „mise à l'air", die Freilegung und Lösung des Kropfes, ohne Exothyropexie, bei intrathoracischen, speciell retrosternalen Knoten, verbunden ist, bewogen Jaboulay (9) bei einem Manne von 50 Jahren das Manubrium sterni abzutragen. Der Kropf lag frei, die Dyspnoe schwand. (Ueber den weiteren Verlauf sagt J. Nichts.)

Wuhrmann (14) stellt 91 Fälle von Struma intrathoracica zusammen, von denen 75 gutartig, 16 bösartig waren. Bei Männern und Weibern gleich häufig, machte sie bei jenen eher Athembeschwerden. 7 mal war die Schilddrüse selbst dabei normal, sonst hing die Geschwulst mit Isthmus und beiden Seitenlappen in gleicher Häufigkeit zusammen. Druckgefühl und Dämpfung in der Gegend des Manubrium sterni, nach Wölfler Erstickungsanfälle, fixirte Lage des Kehlkopfs, linksseitige Recurrenslähmung sind die Hauptsymptome: oft kann der Tumor im Jugulum gefühlt werden. (Wir möchten hier eine eigene Beobachtung einschalten, wie beim Schlucken und bei nach hinten gebeugtem Kopf der sonst kaum fühlbare Tumor im Jugulum erschien. Schilddrüse sonst normal. Exstirpation, glatte Heilung. s. Charité-Annalen, Bericht für 1892/93.) Behandlung dieselbe, wie sonst bei Struma, mit den durch die Localität gegebenen Besonderheiten in der operativen Technik. — Bemerkenswerth ist die relative Häufigkeit maligner Entartung bei dieser Kropfform.

Bergeat (15) bespricht im Anschluss an Sueskind (1877) und Fischer (1883) die auf der Bruns-schen Klinik seitdem ausgeführten 307 Kropfexstirpationen. Am häufigsten wurden halbseitige Exstirpationen (79) und Enucleationen (176) gemacht; die letztere ist in neuester Zeit wieder etwas mehr eingeschränkt. Interessant ist, dass die Kröpfe auch bei Mädchen vor der Geschlechtsentwickelung häufiger sind, als bei Knaben. Der rechte Lappen war doppelt so häufig erkrankt, wie der linke. In 10 Fällen wurde ohne Narcose operirt. Fieber trat in den ersten Tagen nach der Operation sehr häufig auf, störte aber den Wundverlauf nicht; B. erklärt es für ein protrahirtes Resorptionsfieber. Bei heftiger Athemnoth ist die sofortige Exstirpation der Tracheotomie vorzuziehen. — 84 Kranke konnten weiter verfolgt werden; $^1/_3$ davon blieb gesund, fast $^2/_3$ hatten sogen. Recidive, nur 1 Fall zeigte Abnahme des zurückgelassenen Theils. Die Exstirpationen lieferten dabei bessere Erfolge, als die Enucleationen.

— Die Resultate der Schilddrüsenfütterung gehören einer späteren Zeit an.

Holland (16) beschreibt 23 von v. Bramann operirte Fälle von Kropf; es sind noch mehrere Totalexstirpationen dabei; freilich heisst es mehrere Male: „Totalexstirpation mit Hinterlassung eines kleinen Restes". Einmal soll nach H. die „innere" Seite exstirpirt sein. Dass (p. 6) die Enucleation nur noch historisches Interesse habe, wird ausser Socin auch mancher Andere nicht zugeben. Ausser dem Druckfehler im Titel finden sich noch einige Ungenauigkeiten und Fehler in der Arbeit (z. B. p. 15).

Riedel (17) hat bei einem 42jährigen Manne und einer 23jährigen Frau Kropfgeschwülste freigelegt, die ihrem ganzen Aussehen nach für bösartige Tumoren gehalten werden konnten; beide Male konnte der festen Verwachsungen wegen die Exstirpation nicht gemacht werden. Die Untersuchung der excidirten Stücke und der weitere Verlauf beweisen, dass es sich nicht um maligne Neubildungen, sondern um eine eigenthümliche Form der Strumitis handelte. Beide Kranke starben nach 1—2 Jahren plötzlich; vielleicht an inneren Metastasen der entzündlichen Kropftumoren.

In dem interessanten, von Heddaeus (18) aus Czerny's Klinik mitgetheilten Falle wurde unter örtlicher Anästhesie eine mit heftigen entzündlichen Erscheinungen verbundene Kropfcyste entfernt, in deren Inhalt der Pneumococcus in Reincultur gefunden wurde. Der Kranke bekam 2 Tage später eine Pneumonie; im Sputum wurden dieselben Diplococcen nachgewiesen. H. nimmt an, dass die Infection der Struma auf eine frühere Punction und die Pneumonie wieder auf wahrscheinlich embolische Infection von der Struma aus zurückzuführen sei.

Ewald (19) widerspricht ihm nicht direct, macht aber darauf aufmerksam, dass nach seinen Untersuchungen auch eine directe Infection der Struma von der Trachea aus und der Lunge auf demselben Wege möglich sei. Es gelang ihm z. B. von den Arterien des Kropfes aus die Schleimhautgefässe der Trachea zu füllen.

Bennecke (23) berichtet über einen Fall von Schilddrüsenadenom, bei dem der kleine primäre Tumor erst bemerkt und entfernt wurde, als die Untersuchung von anscheinend tuberculösen exstirpirten Halsdrüsen ergab, dass diese als Adenopapillome anzusprechen waren. In der Discussion betont König die Wichtigkeit dieses Befundes und theilt 3 ähnliche Fälle, davon einen ausführlicher, mit.

Meyer (24) berichtet über den weiteren Verlauf eines von ihm im Jahre 1893 beobachteten Falles von Struma mit Drehung und Compression der Trachea und Durchbruch in dieselbe (Deutsche Wochenschr. 1893. No. 11). Der damals 52 Jahre alte Kranke lebte noch $2\frac{1}{2}$ Jahre. Die microscopische Untersuchung ergab keine carcinomatösen Elemente, sondern nur die des einfachen Colloidkropfes. M. stellt 15 ähnliche Fälle zusammen, bei denen die Malignität sich besonders in Metastasenbildung zeigte. Vom Krebs unterscheiden sie sich durch den langsameren Verlauf und durch den histologischen Befund.

Berndt (25) hat in 2 Fällen von Morb. Basedowii die partielle Kropfexstirpation mit bestem Erfolge gemacht. Beides waren ältere Frauen; die eine hatte kurze Zeit Thyreoidin-Tabletten genommen, welche, wie zu erwarten war, den Zustand verschlimmerten. B. fasst die Basedow'sche Krankheit als mechanische Reflexneurose auf, beruhend auf Reizung der Nervenendigungen des Sympathicus durch die vergrösserte Schilddrüse. Diese kann auch einmal durch primäre centrale Neurose auf dem Umwege der wiederholt erregten Herzaction entstehen.

Nach Riedel (26) ist der Morb. Basedow. immer auf vorläufig noch unklare Veränderungen der Schilddrüse zu beziehen; wächst nach der Operation der Kropf wieder, dann tritt auch die Krankheit von Neuem wieder auf. Von seinen eigenen 11 Fällen wurden 4 geheilt, 2 bedeutend gebessert. Sehr interessant sind die Abschnitte über die Indicationsstellung und Technik der Operation; die Behandlung mit Schilddrüsenpräparaten wird verworfen (mit Recht; freilich geht R. zu weit, wenn er diese Therapie auch bei gewöhnlicher Struma für wirkungslos hält. Ref.).

Gayet (27) empfiehlt die von Jaboulay (s. Lyon méd. No. 12 und Semaine méd. p. CL) bei Morb. Bas. mit Erfolg bisher in 3 Fällen ausgeführte Resection des N. sympath. an beiden Seiten des Halses. Besonders günstig wurde der Exophthalmus beeinflusst. Die Vorwürfe, die G. dabei der partiellen Thyroidectomie macht, sind entschieden übertrieben.

[Kijewski, F., Ein Beitrag zur Behandlung des Kropfes mit Thyreoidin. Gazeta lekarska. No. 37.

15jähr. Mädchen mit einem parenchymatösen Kropf. Im Verlaufe von 42 Tagen 16 g Thyreoidin (Merck). Wiederholt Symptome einer ungünstigen Beeinflussung des Herzens, welche eine zeitweilige Unterbrechung der Schilddrüsentherapie indicirten. Zum Schlusse musste dieselbe jedoch vollständig ausgesetzt werden, da sich eine Art cumulativer Wirkung des Mittels bemerkbar machte. Puls 160 und darüber, Gesicht cyanotisch, Dyspnoe, Krämpfe der Gesichtsmuskeln, uncoordinirte Bewegungen der Extremitäten, zeitweiser Verlust des Bewusstseins und furibunde Delirien.

Der gefahrdrohende Zustand besserte sich glücklicherweise nach einiger Zeit, doch war kein besonders günstiger Einfluss der Therapie auf den Kropf bemerkbar. — Verf. warnt mit Recht vor dem Missbrauch mit Thyreoidinpräparaten, wie er namentlich jetzt durch den Handverkauf von thyreoidinhaltigen Tabletten getrieben wird. **Trzebicky** (Krakau).]

D. Speiseröhre.

1) Mancini, F., Sutura dell'esofago e della laringe per grave ferimento d'arma perforante e bitagliente. Raccogl. 30. Juli. (Bemerkenswerther Fall von Durchschneidung der Luft- und Speiseröhre; beide Röhren wurden primär, ohne Tracheotomie, vereinigt. Glatte Heilung.) — 2) Berkhan, Zur Behandlung des Divertikels der Speiseröhre. Mittheil. aus den Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. I. (Empfiehlt seine an der Spitze mit einer flachen Krümmung versehene Schlundsonde zur Behandlung dieses Leidens, s. Abbildung und Berl. Wochenschr. 1889. No. 11.) — 3) Bert, A., A propos

du tube oesophagien. Gaz. hebd. No. 46. (Empfiehlt für Speiseröhrenkrebs die in Frankreich bisher wenig geübte Intubation durch liegenbleibende, der Enge und Grösse der Strictur angepasste Röhrchen, wie sie bei uns z. B. von Renvers empfohlen ist.) — 4) Newman, D., Epithelioma of the oesophagus at the leval of the III. dorsal vertebra, ulceration and rupture into the aorta, a month after gastrostomy was performed. Glasgow Journ. Nov. — 4a) Berger, Ueber einen seltenen Fall von Oesophagusstenose. Deutsche Wochenschrift. No. 32. (Durch die Behandlung mit Jodkali wurde gezeigt, dass es eine syphilitische, keine krebsige Stenose war.) — 5) Poncet, Sur un cas de fistulae trachéo-oesophagienne d'origine actinomycosique. Bull. de l'Acad. 14. Avril. — 6) Raw, N., Foreign body in the oesophagus, localisation by X Rays: successful removal. British Journ. Dec. 5. — 6a) Johnston, F. and Th. Holland, Two cases of a halfpenny in the oesophagus. Ibidem. — 7) Péan, Sur une oesophagotomie externe avec diagnostic radiographique, pour l'extraction d'une pièce de monnaie. Bull. de l'Acad. 8. Dec. — 8) Brackel, A. v., Zur Casuistik der Oesophagotomia externa. Petersb. Wochenschr. No. 29. — 9) Rosenheim, Ueber Fremdkörperextraction aus dem Oesophagus. Berl. Wochenschr. No. 48.

Als einen weiteren Beweis dafür, dass die Actinomycose in Frankreich nicht seltener sei, als anderswo, berichtet Poncet (5) über einen neuen von ihm beobachteten Fall, eine 28 Jahre alte Frau betreffend, bei der es nach einem tiefen Halsabscess zu einer Communication zwischen Luft- und Speiseröhre gekommen war. P. präparirte die Trachea ab, schloss die Fistel in ihr und tamponirte die übrige Wunde. Die Oesophagusfistel schloss sich (vollständig? Ref.) unter Jodkalibehandlung.

Die 3 Fälle von Raw (6), Johnston und Holland (6a) sind darum bemerkenswerth, weil der Sitz des Fremdkörpers mit der Sonde nicht festzustellen war; dies gelang bei den 2—2½ Jahre alten Kindern leicht mit Hülfe der Röntgenstrahlen, die Entfernung mit geeigneten Schlundzangen machte nun keine Schwierigkeiten mehr.

Péan (7) schob den Fremdkörper bei einem 4 Jahre alten Mädchen, das vor 10 Tagen eine Münze verschluckt hatte, nach Freilegung der Speiseröhre, ohne diese zu öffnen, nach oben in den Schlund, wo die Entfernung mit einer Mathieu'schen Zange leicht gelang.

In dem von Brackel (8) berichteten Falle handelte es sich um ein Kind von 13 Monaten, das vor 9 Tagen einen grossen Knopf verschluckt hatte. Nach dem äusseren Speiseröhrenschnitt fand er sich 3 cm unter dem Ringknorpel; er wurde mit gekrümmter Zange gefasst und „nicht leicht" herausbefördert. Schnelle Heilung nach Tamponade (ohne Naht).

Rosenheim (9) berichtet über einen 24 Jahre alten Mann, der ein künstliches Gebiss verschluckt hatte. Eine Sonde stiess bald auf ein Hinderniss, bald ging sie glatt in den Magen; mit dem Oesophagoscop sah R. deutlich die Zähne. Extractionsversuche waren vergeblich, auch als v. Bergmann die Oesophagotomie gemacht hatte, musste das Gebiss zerstückelt werden, um der Zange zu folgen. Im weiteren Verlaufe doppelseitige Recurrenslähmung, wohl durch Perioesophagitis verursacht. Auf Grund dieses und eines zweiten Falles, wo drei Zehnmarkstücke verschluckt waren und durch das Oesophagoscop entdeckt und extrahirt wurden, empfiehlt R. dieses Instrument und warnt vor dem Hinabstossen der Fremdkörper.

IV. Brust.

1. Brustwand, Pleurahöhle.

a) Verletzungen, Lungenchirurgie.

1) Kemen, Jos., Ueber die Schussverletzuugen des Herzbeutels. Inaug.-Diss. Bonn. — 2) Hanna, Transfixion of the left ventricle of the heart by a sharp wire, with a second wound, penetrating the wall of the ventricle. (Interessanter Selbstmordversuch bei einem 29 Stunden später hingerichteten Manne. Bei der Section waren die Wunden verklebt. Der Draht hatte 15 Min. im Herzen gesteckt, bis der Arzt kam). — 3) Johnston, Jameson G., A case of fracture of the first rib, complicated by abscess opening into the lung, with remarks on fractures of the first rib. Dublin. Journal. Sept. 1. (45 Jahre alte Frau, Bruch durch directe Gewalt. Incision 1 Monat nach dem Unfall, nachdem schon 2 Wochen vorher der Abscess in die Lunge durchgebrochen und viel Eiter ausgehustet war. Heilung in wenigen Wochen. Die Frau war vornüber auf die Ecke eines Gitters gefallen, hatte auch Sugillationen an der getroffenen Stelle unterhalb der linken Clavicula.) — 4) Miller, John S., Hemothorax from stab-wound of an intercostal artery, operation, recovery. Philad. Rep. June 13. (Gefahr der Verblutung; nach Erweiterung der Wunde, Entleerung des Hämothorax steht die Blutung, das verletzte Gefäss konnte nicht gefunden werden.) — 5) Godlee, John R., On the effects produced by the retention of foreign bodies for lengthened periods in the bronchial tubes. Med. chir. Transact. Vol. 79. (Fünf interessante Fälle von längerem Verbleiben eines Fremdkörpers in den Bronchien; Betrachtungen über die dabei entstehenden pathologischen Veränderungen, ihre Prognose und Behandlung. Möglichst baldige Extraction, und, wenn schon Bronchiectasie besteht, Rippenresection, Annähen der Lunge an die Wunde, Oeffnen und Drainiren der Höhle. Auch wenn der Fremdkörper dabei nicht gleich gefunden wird, kann der operative Eingriff von grossem Nutzen sein, und event. die Ausstossung erleichtern.) — 6) Tuffier u. A., La chirurgie du poumon (mit Discussion). Bull. de chirurg. 95. — 7) Wills, A. W., A case of unilateral bronchiectasis treated by resection of a rib and paracentesis. Lancet. June 6. — 8) Meakin, H. B., A successful case of draining the lung. British Journal. Septemb. 19. — 9) Quincke, H., Ueber Pneumotomie. Mittheil. aus den Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. I. — 10) Smith, F. a. F. Treves, Two cases of pulmonary abscess treated by operation; remarks. Lancet. Aug. 22. — 11) Lenz, A., Ein Fall von Pneumotomie. Centralbl. f. Chirurg. No. 25. — 12) Philipps, W. and G. Gifford Nasch, Gangrene of the lung: incision and drainage; recovery. Lancet. Nov. 21. — 13) d'Azincourt, Ueber die Erfolge chirurgischer Eingriffe bei Bronchiectasien. Thèse de Paris.

In dem von Kemen (1) berichteten, von Rieder behandelten Falle handelte es sich um eine isolirte Schuss-Verletzung des Herzbeutels mit Eröffnung der Pleura und Bauchhöhle, aber ohne Verletzung des Herzens, der Lunge, der Milz. Naht des Herzbeutels (nach Erweiterung der Wunde) bis auf Drainöffnung, Drainage der Pleurahöhle, Drainage (von der Ausgangsöffnung am Rücken aus) der Bauchhöhle. Heilung. K. stellt noch 15 Schussverletzungen des Herzens zusammen und be-

spricht auf Grund dieses Materials Symptome, Ausgang und Behandlung der Verletzung.

Tuffier (6) empfiehlt die im vorigen Berichte schon erwähnte Thoracotomie extrapleurale zur Betastung der Lunge, um Pneumothorax zu vermeiden. Die Pleura costalis kann dabei leicht von der Brustwand abgeschoben werden. Michaux würde diese Art der Untersuchung bei Verletzungen jedenfalls nicht anwenden. Quénu und Berger glauben, dass in manchen Fällen das von T. empfohlene Verfahren von Nutzen sein kann. — Bei traumatischen Ergüssen in die Pleurahöhle soll man, darin sind fast alle Redner einig, nicht gleich operiren, wenn der Kranke hohe Temperaturen hat; es giebt auch dabei ein aseptisches Fieber. Viel mehr Gewicht ist auf das Allgemeinbefinden zu legen.

Ricard verwirft das Abstreifen der Pleura costalis nach Tuffier; er empfiehlt nach ausreichender Rippenresection die directe Betastung der Lungenoberfläche. Auch Bazy wendet sich gegen das Décollement und erinnert an seine exploratorische Pleurotomie zur directen Untersuchung der Lunge; doch wird auch diese nur in seltenen Fällen zur Anwendung kommen. Die Oeffnung der Pleura, die übrigens nach seinen Experimenten auch beim Abstreifen der Pleura costalis schwer zu vermeiden ist, hat nicht die ihr von T. zugeschriebenen Gefahren; hierin widerspricht ihm Quénu, Delorme und Berger. Monod empfiehlt wieder mehr die directe Untersuchung mit Probepunction; in seinen 2 Fällen von Pneumotomie war der Herd schon durch die physicalische Untersuchung richtig localisirt, lag aber viel tiefer, als man vermuthet hatte. Von mehreren Chirurgen wird, um den Pneumothorax zu vermeiden, die circuläre Vernähung der Pleurablätter (altes Verfahren, Ref.) empfohlen, wenn man nicht sicher ist, ob Adhäsionen vorhanden sind.

Wills (7) berichtet über einen von ihm und Pollard behandelten 1jährigen Knaben, bei dem die Zeichen einer bronchiectatischen Höhle im rechten Oberlappen (ohne T.-B.) vorhanden waren. Nach der Resection eines Stückes aus der 4. Rippe zeigten sich die Pleurablätter verwachsen, eine Höhle wurde aber trotz mehrfacher Punctionen nicht gefunden. Tod nach 6 Tagen. Die Section ergab eine allgemeine Bronchiectasie der rechten Lunge, grössere Hohlräume waren nicht vorhanden. — W. erörtert ausführlich die Nothwendigkeit und Schwierigkeit, die für einen operativen Eingriff geeigneten Fälle herauszufinden.

In Meakin's (8) Fällen zeigte sich bei einer an Epilepsie leidenden 31 Jahre alten Frau im Verlaufe einer Pneumonie des rechten Unterlappens stinkender Athem, Verfall der Kräfte; der Auswurf wurde verschluckt. Probepunction ergab putride Flüssigkeit. Resection der 6. und 7. Rippe in der Axillarlinie unter örtlicher Anästhesie. Lunge nicht collabirend mit einer weichen Stelle; hier Oeffnung einer Abscesshöhle, Drainage derselben und der Pleurahöhle. Heilung in $6^1/_2$ Woche.

Quincke (9) stellt aus einer stattlichen Zahl eigener und fremder Fälle von operativ behandelten acuten Lungenabscessen, Gangrän und gangränösen Abscessen, chronischen Abscessen und Bronchiectasien (einfachen und putriden) die bisherigen Beobachtungen über Entstehung, Diagnose und Behandlung, speciell über die Anzeigen zu operativen Eingriffen und die Erfolge derselben zusammen. Eine gesonderte Besprechung wird den putriden Abscessen nach Fremdkörpern zu Theil. Im Ganzen sind es 54 Fälle, davon 46 im Unterlappen, mit 37 pCt. Mortalität; ebensoviel wurden aber geheilt, 20 pCt. gebessert, 6 pCt. zeigten keinen Erfolg. In $^2/_3$ der acuten Fälle trat Heilung ein, darum muss früher als bisher operirt werden. Vorbedingung sind pleurale Adhäsionen; Q. führt sie nöthigenfalls nach Rippenresection durch Chlorzinkpaste herbei. Narcose ist nur mit grosser Vorsicht, am besten garnicht anzuwenden, Lagerung auf die gesunde Seite ist zu vermeiden.

In beiden von Smith und Treves (10) mitgetheilten Fällen war der stinkende Athem und Auswurf das erste objective Krankheitssymptom bei bisher gesunden Männern von 45 resp. 50 Jahren. Bei Beiden wurde am Angulus scapulae die Rippenresection, bei dem einen dann die Incision der adhärenten Lunge, Entleerung, Auskratzung und Tamponade der Höhle gemacht, bei dem anderen dasselbe, aber noch Tamponade der Pleurawunde bis auf die Eingriffsstelle. Hier lag der Abscess mehr als 1" tief in gesundem Lungengewebe. Drainage und tägliche Ausspülungen. Heilung in wenigen Monaten.

Lenz (11) resecirte an derselben Stelle, ging zuerst mit dem Paquelin, dann mit dem Finger ein und traf den Abscess. Drainage ohne Spülung. Nach 4 Tagen Pneumonie auf der anderen Seite, Tod. Während der Operation hatte der Pat. auf der gesunden Seite gelegen und war narcotisirt. L. glaubt, dass dadurch die gesunde Lunge inficirt sei.

Philipps und Nash (12) beobachteten einen Fall von Gangrän des rechten Mittellappens; nach Probepunction Resection an 5. und 6., später noch an 7. und 8. Rippe in der vorderen Axillarlinie, Pleurablätter verwachsen. Incision, Ausspülungen, Drainage 1 Jahr lang. Schliesslich Heilung.

[Miklaszewski, W., Ein Beitrag zur Casuistik der Actinomycose des Thorax. Kronika lekarska. No. 16 und 17.

24jährige Magd. Seit 3 Monaten Fieber und Bluthusten. Zuvor gesund bis auf zeitweise wiederkehrende „Halsschmerzen". Starke Anämie. In beiden Lungenspitzen gedämpfter Schall und zahlreiche Rasselgeräusche. Zwischen der Wirbelsäule und dem rechten Schulterblatte eine etwa 15 cm lange und 6 cm breite sehr wenig erhabene, auf Druck empfindliche, harte Geschwulst. Sputa schleimig-eitrig, keine Tuberkelbacillen. Mässiges Fieber. In den nächsten Tagen verschlimmerte sich der Zustand der Lungen bedeutend, und auch die Geschwulst ward grösser, griff auf den Nacken und Hals über und zeigte tiefe Fluctuation. Eine Probepunction förderte reichlichen actinomyceshaltigen Eiter zu Tage. Gleichzeitig stellten sich heftige Schmerzen und Oedem der rechten oberen Extremität und später vollständige Atrophie und Lähmung der Musculatur ein. Der Abscess wurde breit gespalten, was jedoch ebensowenig wie auch die reichlich verabfolgten Jodkaligaben den letalen Ausgang verhindern konnte.

Im retroviscerale Raume am Halse fand sich bei der Obduction ein grosser actinomycotischer Abscess (Eingangspforte des Pilzes?). Im Thorax starke Wucherung des Bindegewebes in Pleura und Mediastinum, wodurch Oesophagus und Aorta sehr stark comprimirt wurden. In beiden Lungenspitzen eine interstitielle Pneumonie, in den Bindegewebssträngen zahlreiche erbsen- bis haselnussgrosse Abscesse. Die Schleimhaut der Bronchien z. Th. eitrig infiltrirt. Wirbelsäule normal, dagegen am Rückenmark eine Pachymeningitis externa.

Trzebicky (Krakau).]

b) Entzündungen, Neubildungen.

1) Greeske, Willib., Ein Fall von Totalnecrose der Clavicula. Inaug.-Diss. Greifswald. (Furunkel und Narben kurz darauf Osteomyelitis claviculae. Entfernung des ganzen Schlüsselbeins, Heilung mit voller Function der Extremität.) — 2) Henke, Emil, Ueber Tuberculose im Sternum. Inaug.-Diss. Greifswald. 1895. — 3) Chapard, A., Des déformations thoraciques et des déviations rachidiennes. Paris. Soc. d'édit. scient. — 4) Karewski, Resectionen am Thorax. Deutsche Wochenschr. (Empfehlung energischer Eingriffe auf Grund zahlreicher eigner Erfahrungen.) — 5) Bohm, H., Incision des Herzbeutels bei eitriger Pericarditis. Ebendas. No. 48. — 6) Rafferty, T. N., The surgery of empyema, Philad. Rec. Septbr. 26. — (Zusammenstellung einer grossen Zahl — nicht aller — operativen Behandlungsmethoden von Pleura-Ergüssen verschiedener Art. Rippenresection nur bei ungenügendem Abfluss nach Incision, Punction, oder nach der Bülau'schen (nicht Beulan, Ref.) Drainage; Esthlander nur bei Unfähigkeit der Lunge, sich auszudehnen. Antiseptische Ausspülungen dürfen nur mit grosser Vorsicht angewandt werden.) — 7) Sticher, Ueber Thoracoplastik. Inaug.-Diss. Breslau. — 8) Friedrich, P. L., Ueber seltene Fistelbildungen an den Lungen nach Tuberculose und traumatischer Gangrän. Langenb. Arch. Bd. 53. Heft 3. — 9) Fischer, Otto, Beiträge zur Pathologie der Thymusdrüse. Inaug.-Diss. Berlin. Vergl. Langenb. Arch. Bd. 52. — 10) Pflanz, E., Ueber Dermoidcysten des Mediast. antic. Zeitschr. f. Heilk. XVII. — 11) Peritz, G., Ueber Brusthöhlengeschwülste. Inaug.-Diss. Berlin. (Fleissige Arbeit; Krankengeschichten, Sectionsbefunde, genaue microscopische Untersuchung von 7 interessanten Geschwulstfällen von der Abtheilung A. Fraenkel's. Chirurgisch interessant würden nur die primären Mediastinaltumoren sein; allerdings ist die Entscheidung, ob es sich nicht um secundäre, von den Lungen, den Bronchialdrüsen u. s. w. ins Mediastinum hineingewucherte Bildungen handelt, sehr schwer zu treffen.) — 12) Luff, A. B., Large hydatid tumour of the left pleural cavity simulating hydatid disease of the liver; operation; recovery. Lancet. April 25. (30 Jahre alte Frau, vor 20 und vor 10 Jahren punctirt. Jetzt colossaler Tumor von der 4. Rippe bis zum Nabel (Abbildung). Incision. Entleerung, Drainage mit Ausspülungen. Heilung. Wenn dieser Sack auch intrapleural lag, nimmt L. doch an, dass es sich ursprünglich um Leberechinococcus gehandelt hat.) — 13) Holz, H., Angeborene Verschiebung des Schulterblattes nach oben. Würtemb. Corresp.-Bl. No. 33. („Typischer Hochstand der Scapula" nach Schlange, in utero durch eine besondere Armhaltung erworben, in H.'s Fall mit trophischen Störungen an Knochen und Muskeln verbunden.) — 14) Widal, F., Hygroma sous-deltoidien suppuré metapneumonique; absence de microbes dans le pus. Gaz. hebdom. No. 30. (Abscess mit vollkommen sterilem Eiter bei einem 48 Jahre alten Mann einige Tage nach der Entfieberung entstanden. 2 mal punctirt, das zweite Mal nur [auch sterile] seröse Flüssigkeit. Danach Heilung.) — 15) Griffiths, Cornel. A., The surgery of empyema with description of a new self retaining empyema tube. Lancet. May 30. — 16) Terrier, F., Thoracocentese et drainage pleural. Progr. med. No. 35. — 16a) Derselbe, Pleuresie purulente et pleurotomie. Ibidem. No. 37. — 16b) Derselbe, Thoracoplastie. Ibidem. No. 39. — 16c) Derselbe, Chirurgie de la pleure pulmonaire. Ibidem. No. 43. — 16d) Derselbe, Chirurgie du poumon. Pneumectomie. Ibidem. No. 50. — 17) Unverricht, Zur operativen Behandlung des tuberculösen Pneumothorax. Deutsche Wochenschrift. No. 22. (Anlegung einer Brustfistel in frischen Fällen, bei denen man annehmen kann, dass die Lunge noch ausdehnungsfähig ist. Damit die Lungenfistel sich schliessen kann, muss die Brustfistel gross angelegt und offen gehalten werden; occludirende Verbände sind dabei zu verwerfen. Wie diese offene Communication am besten herzustellen ist, steht noch nicht fest.)

Henke (2) giebt eine ausführliche Beschreibung von 10 Fällen von tuberculöser Ostitis am Brustbein (Helferich's Klinik). In 1 Falle wurde primär, in 4 Fällen secundär, in 5 Fällen gar nicht genäht, die Höhle ausgekratzt, ausgespült und mit Jodoformmull tamponirt.

Bohm (5) konnte 14 Fälle von Pericardiotomie bei Empyem des Herzbeutels zusammenstellen, fügt einen selbst beobachteten, von Alsberg durch Incision geheilten nach Influenza-Pleuropneumonie bei einem 33 Jahre alten Arbeiter entstandenen hinzu, und zieht aus diesem Material eine Reihe von Schlussfolgerungen. 11 Kranke waren männlichen, 4 weiblichen Geschlechts, 14 im Alter von 6 bis 23 Jahren. In 5 Fällen musste eine septico-pyämische Allgemeininfection oder metastatische Eiterung angenommen werden, 3 mal war Influenza, einmal Gelenkrheumatismus, 3 mal Pleuritis voraufgegangen, einmal war ein Stich in der Herzgegend die Eingangspforte. 8 mal trat Heilung, 7 mal der Tod ein, aber nur einmal in Folge oder wenigstens sofort nach der Operation. B. empfiehlt die Incision an Stelle der Punction, die gefährlich und in ihrer Wirkung unsicher ist.

Unter 5 von Friedrich (8) im Jahre 1894 in der Leipziger Klinik (Thiersch) beobachteten Lungenfisteln waren 2 von ganz besonderem Interesse. Bei dem einen war ein Abscess bei Wirbelcaries in die Lunge durchgebrochen, hatte aber ausserdem den gewöhnlichen Senkungsabscess bis zum Oberschenkel gebildet, so dass farbige Lösungen, an der Fistel am Bein eingespritzt, nach kurzer Zeit ausgehustet wurden. Eine besondere Aenderung trat während der Beobachtungszeit nicht ein. In dem zweiten Falle war es nach schwerer Quetschung der Brust zu Haemothorax gekommen, der bald eitrig wurde. Nachdem ein grosses Stück der Brustwand entfernt war (6.—11. Rippe je 10 cm) konnten nicht weniger als 11 Fisteln an der vorliegenden Lunge, die wohl durch frühzeitige Adhäsionen fixirt war, gefunden werden. Wenn der Pat. rauchte, und den Rauch „schluckte", kamen aus fünf dieser Fisteln dünne Rauchsäulen hervor. Hier trat nach mehrfachen Aetzungen mit dem Paquelin fast vollständig Heilung ein.

Auf Grund eines auf der v. Bergmann'schen Klinik beobachteten Falles von malignem Lymphom mit starker Betheiligung der Thymus-Drüse bei einem

5jährigen Knaben bespricht Fischer (9) diese interessante Combination und nimmt an, dass die Hyperplasie der Thymus das primäre gewesen sei. Das Asthma thymicum war hier sehr früh aufgetreten, hatte langsam zugenommen, bis die übrigen Lymphdrüsentumoren bemerkt wurden. Die Trachea zeigte sich bei der Section sehr leicht comprimirt. Ob die Todesursache ein central bedingter Spamus glottidis (Pott) gewesen ist, ob es sich um eine Reflexwirkung durch Druck auf den Nerv. recurrens dabei handelt, bleibt unentschieden.

Auf Grund sorgfältiger Untersuchung von 24 bisher veröffentlichten und eines in der Wölfler'schen Klinik beobachteten Falles von Dermoïd im Mediastinum bespricht Pflanz (10) in ausführlicher Weise die Genese, Pathologie und Behandlung dieser immerhin nicht häufigen Geschwülste. Er hält sie analog den Dermoidcysten am Halse, für branchiogene Gebilde.

Griffiths (15) hat sich eine Canüle construirt mit Vorrichtungen, die ein Hinein- und Hinausgleiten verhindern. Im Uebrigen nichts Neues.

In einer Reihe von Vorträgen bespricht Terrier (16) die chirurgische Behandlung der Erkrankungen der Pleura und der Lunge, indem er besonders die Technik bei den einzelnen Eingriffen berücksichtigt; er giebt dabei einen guten Ueberblick, wenn er auch nicht ganz vollständig ist — das ist, wie Ref. gerade bei diesem Capitel in den „Fortschritten in der chirurgischen Technik" (Deutsche Wochenschr. 1895) betonte, kaum möglich. Jedenfalls finden wir die Ansichten der besten französchen Chirurgen wiedergegeben; es ist interessant, dass sie auch in Einzelheiten von den unsrigen wenig verschieden sind. So bei der Punction, Entleerung, Injection resp. Auswaschung (letztere selten oder nie angezeigt); dasselbe gilt für die Pleurotomie, bei der vielleicht die gleichzeitige Resection eines Rippenstückes (König u. A.) zu wenig empfohlen wird; für hartnäckige Fälle kommt die multiple Resection nach Estlander in Betracht, die T. sehr ausführlich mit ihren verschiedenen Modificationen beschreibt. Die Chirurgie der Pleura pulmonalis ist von der Lungenchirurgie nicht zu trennen: hier kommt die Naht von Lungenwunden, die Entfernung alter Schwarten von der Lungenoberfläche, die Behandlung des Pneumothorax, der „Pleuritis interlobularis", die häufig weder anatomisch noch operativ von Eingriffen in das Lungengewebe selbst zu trennen ist. — Bei der grossen Zahl von Methoden und Apparaten ist die historische Entwicklung immer eingehend berücksichtigt — allerdings mit wenigen Ausnahmen nur für die französische Chirurgie. Diese Ausnahmen finden sich im letzten, die Pneumectomie bei Tuberculose, Geschwülsten und Lungenhernien betreffenden Abschnitte am häufigsten. Bei der Tuberculose hat die Pneumectomie nur in beginnenden, gut localisirten Fällen Aussicht auf Erfolg; diese heilen aber nicht selten von selbst. Bei Neubildungen in der Lunge sind die primären zu schwer als solche zu erkennen, die metastatischen gewöhnlich multipel; es bleiben folglich nur die von der Brustwand auf die Lunge übergegangenen für die Pneumectomie geeignet. Bei Brustwunden mit Lungenvorfall ist die Wunde zu erweitern, das Lungenstück zu reseciren und der Stumpf zu reponiren. Besteht keine äussere Wunde, dann kann der Zustand doch operative Hülfe erfordern, weil die Lungenhernie nur selten durch Bandagen zurückzuhalten ist und heftige Beschwerden verursachen kann. Die Operation besteht dann in Freilegung des Sackes, Reposition der Lunge, Abbinden und Abtragen des Sackes (ausgedehnte Pleura?), Schluss der Wunde.

[Slomann, Beitrag zur Empyembehandlung. Hospitals Tidende. R. 4. B. 4. P. 177.

Slomann hat mit gutem Resultate 5 Fälle von Empyem mit breiter Eröffnung, indem er 1—2 Rippen in einer Ausdehnung von 6—8 cm resecirt, und nachfolgender Tamponade behandelt. Dadurch erlangt er gute Drainageverhältnisse mit Ausheilung der Höhle vom Grunde aus, und vermeidet Fisteln und Recidive. Endlich ist hierdurch die Möglichkeit gegeben, eventuelle Complicationen von Seite der Lunge (Gangrän, Abscess, Caverne) zu behandeln. In den 5 Fällen, die alle circumscript waren, wurden 2 mal Tuberkelbacillen, 1 mal Diplococcus lanceolatus, 2 mal Streptococcen gefunden. — Er beginnt die Operation mit einer kleinen Resection der Rippen und erst nach Einführung eines Fingers vergrössert er die Resection in der Richtung, in welcher das Empyem seine grösste Ausdehnung hat. Er tamponirt gewöhnlich mit steriler Gase. Die Dauer der Behandlung scheint nicht länger zu sein, als bei der gewöhnlichen Methode mit kleiner Resection.

Schaldemose.]

2. Brustdrüse.

1) Sheild, Marmaduke, A., The causation and treatment of mammary abscess. Lancet. May 2. — 2) Mermet, P., Des abscès ossifluents intra-mammaires. Arch. génér. Mars. — 3) Sheild, Marmaduke, A., Diagnosis of carcinoma of the breast in its early stages. British Journ. May 30, June 6 u. June 20. — 4) Smith, R., Some statistical observations on carcinoma of the female breast. Lancet. Aug. 8. (Für uns nicht zu verwerthen, weil Achselhöhlen nie ausgeräumt, Drüsen nur, wenn fühlbar, exstirpirt wurden. Beweist am Schluss, dass die Grenzzeit der 3 Jahre ganz unzuverlässig ist, sehr viele Recidive kommen später.) — 5) Jennings, Charles E., Cancer of the breast. Lancet. Jan. 11. (Bericht über 100 Fälle, 54 maligne und 44 nicht bösartige Geschwülste, 2 unbestimmt. Kurze Bemerkungen über Diagnose und Behandlung; nichts Neues.) — 6) Shober, John B., Two cases of carcinoma of the breast in young adults. Boston Journ. No. 24. (23 Jahre alter Mann, 24 Jahre alte Frau, bei Beiden microscopisch festgestellt. Heilung; 8, resp. 10 Monate beobachtet. Von dem Manne wurde keine Ursache angegeben, bei der Frau ein heftiger Schlag: ausserdem waren in ihrer Familie viele Krebskranke gewesen. Operation beide Male ohne Ausräumung der Achselhöhle.) — 7) Snow, H., Notes on 300 cases of breast excision for malignant disease. British Journ. Oct. 17. — 8) Carr, W. P., The nature and treatment of mammary neoplasms. Med. News. No. 2. (Interessanter Vortrag über die Genese der Brustgeschwülste, zu einem kurzen Referat nicht geeignet. Jedem Carcinom oder Sarcom geht eine entzündliche Infiltration voran, gutartige Neubildungen können sich in bösartige umwandeln. Behandlung radical mit Achselhöhle u. s. w.)

— 9) Warren, Collins J., The results of operations for the cure of cancer of the brest. Boston Journ. No. 20 u. 21. — 9a) Cabot, A., Observations on cancer of the breast. Ibidem. No. 21. — 10) Arnoldt, W., Operative Erfolge bei Carcinoma mammae. Inaug.-Dissert. Halle. — 11) Joerss, K., Ueber die heutige Prognose der Exstirpatio mammae carcinomatosae. Zeitschr. f. Chir. 44. Bd. — 12) Rotter, J., Günstigere Dauererfolge durch ein verbessertes Operationsverfahren der Mammacarcinome. Berlin. Wochenschr. No. 4. — 13) Bryant, Th., On the diagnosis and treatment of early cancer and cysts in the breast. Lancet. Febr. 8. (Weitere Ausführung des im vorigen Berichte erwähnten Vortrags über zweifelhafte, prognostisch und diagnostisch schwer zu beurtheilende pathologische Zustände der Brustdrüse und ihre Behandlung.) — 14) Beatson. G. Th., On the treatment of inoperable cases of carcinoma of the mamma: suggestions for a new method of treatment with illustrative cases. Lancet. July 11 u. 18. — 15) Crockert, S. S., Cancer of the breast. Med. and surg. Rep. Sept. 26. (Entstehung, Entwickelung, Ausbreitung des Brustkrebses; frühzeitige und radicale Entfernung — nach unseren Anschauungen sind C.'s Vorschläge noch nicht radical genug.) — 16) Lange, Fr., Der Gallertkrebs der Brustdrüse. Bruns' Beitr. Bd. XVI.

Sheild (1) weist hier auf die Häufigkeit der acuten Mastitis bei säugenden Frauen hin; bei einiger Vorsicht würde sie zu verhüten sein. Wird operirt, dann räth Sh. einen kleinen radiären Schnitt nahe der Mammilla und auf dem eingeführten Finger einen zweiten grossen Schnitt am unteren Rande zu machen; dieser wird zur Drainage benutzt, jener kann wieder vernäht werden. Aetiologisch kommen noch septische Processe, Infection auf dem Wege der Drüsencanäle, Verletzungen und bei chronischen Abscessen besonders die Tuberculose in Betracht. Zwischen dieser und Scirrhus kann oft nur eine Probeincision entscheiden.

Mit einer bestimmten Form der tuberculösen Mastitis, den vom Sternum, den Rippenknorpeln oder Rippen ausgehenden intraglandulären Senkungsabscessen, beschäftigt sich der Vortrag von Mermet (2). Sie nehmen diesen Weg nur selten; M. konnte nur 7 Fälle auffinden, die er ausführlich bespricht. Eigenthümlich ist ihnen die Sanduhrform, 2 Höhlen durch einen Canal verbunden; die eine Höhle liegt am Krankheitsherd, die andere in der Drüse, dazwischen ist der dickwandige federkielstarke Verbindungsgang. Symptome und Verlauf entsprechen anderen kalten Abscessen. Die Diagnose kann Schwierigkeiten machen, da die verschiedensten krankhaften Veränderungen an der Mamma damit verwechselt werden können. Bei der Behandlung müssen alle 3 Theile, der Herd, der Gang und der Senkungsabscess in Angriff genommen werden, am besten durch Excision im Gesunden und Naht.

Sheild (3) giebt Vorschriften für die Untersuchung bei Verdacht auf Brustkrebs, beschreibt die typischen Symptome, den Einfluss des Alters, der Erblichkeit, entzündlicher Infiltrationen, die Prädilectionsstelle, Consistenz, Beweglichkeit, Einziehung der Warze, Eczem des Warzenhofes und seine Beziehungen zum Carcinom (nicht immer als Dermatitis maligna aufzufassen), Betheiligung der Haut und der Drüsen. Besonders genau spricht Sh. über die in frischen Fällen von Brustkrebs oft schwierige Differenzialdiagnose; hierbei kommt acute und chronische Mastitis, Abscesse, Cysten, andere Tumoren u. s. w. in Betracht. Oft kann nur eine Probeincision Klarheit bringen.

Snow (7) verfügt über eine Reihe von Fällen, bei denen erst viele Jahre nach der Operation Recidive aufgetreten sind. An beiden Brüsten will er nicht mehr operiren, weder gleichzeitig, noch in Zwischenräumen; in diesen Fällen nimmt er Allgemeininfection an und glaubt, dass bei der zuletzt erkrankten Mamma zuerst die Achseldrüsen und dann erst die Brustdrüse befallen würde. Die Ausräumung der Achselhöhle ist nach Sn. nicht nöthig bei Cysten mit Wucherungen an der Innenwand, bei frischen atrophischen Fällen und bei Scirrhus am Sternalrande. Grossen Werth legt er auf Darreichung von Opium und Cocain (vergl. Sem. méd. 1896. p. 386).

Collins Warren (9) theilt nach einer Einleitung über Anatomie und Entwickelungsgeschichte der Brustdrüse, über ihre Lymphbahnen und Lymphdrüsen seine (radicale) Operationsmethode und die Resultate derselben mit. Defecte deckt er nicht nach Thiersch, sondern durch Lappenverschiebung. Unter 92 Fällen waren nur 3, bei denen der Achselinhalt keine inficirten Drüsen enthielt. Nach 3 Jahren recidivfrei waren 26 pCt.

Zu ähnlichen Ergebnissen kam Cabot (9a) in seinen 82 Fällen; er konnte freilich nur von 49 später Nachricht bekommen, und von diesen waren 27 an Recidiven gestorben; bei 5 Pat. trat dieses erst nach dem 3. Jahre auf. In einem Falle schienen nur die Achselhöhlen erkrankt zu sein; bei der Operation fand sich doch der kleine primäre Knoten in der Brustdrüse.

Nach der üblichen Einleitung über Vertheilung, Erblichkeit, Lebensalter, voraufgegangene Geburten, Stillgeschäft, Mastitis, Trauma, Art der Geschwulst u. s. w. berichtet Arnoldt (10) über 37 auf v. Bramann's Klinik operirte Fälle und dessen (modern-radicale) Operationsmethode. Von 26 Pat. waren Nachrichten einzuziehen; 8 von ihnen (30,7 pCt.) waren nach mindestens 3 Jahren recidivfrei, „sicher geheilt".

Die beiden Arbeiten von Rotter (12) und Joerss (11) berichten ebenfalls über „Dauerresultate"; ersterer über 30 eigene, letzterer über einige 90 von Helferich operirte Fälle, um nachzuweisen, dass mit der Ausbildung der Technik und bei radicalerem Vorgehen diese Resultate sich bedeutend gebessert haben. Beide gehen von den bekannten Heidenhain'schen Untersuchungen aus, denen Joerss noch als Bestätigung und Ergänzung die von Stiles hinzufügt. J. untersuchte auch in 8 Fällen die Lymphwege zwischen krebsig erkrankten Drüsen, fand sie aber frei, so dass die Infection der Drüsen durch Embolie angenommen werden musste. Nach seinen Tabellen sind die Dauererfolge um 15,7, der Schutz vor örtlichen Recidiven um 26,2 pCt. gegen früher gebessert. J. verweist auf Rotter, der mit Recht die Operation nach der Zahl der Recidive an der Operationsstelle, und nicht nach entfernten Recidiven oder Metastasen beurtheilt. R. hatte hierin wohl die besten Resultate; während Halstedt noch 19 pCt. Localrecidive verzeichnet, hatte er nur 8 pCt.

und findet die Ursache für diesen Unterschied darin, dass er bei sonst ganz gleicher Operationsmethode ein grösseres Stück Haut mit entfernt. Vom Pectoralis major wird die Sternalportion entfernt; um die (allerdings sehr seltenen) Impfrecidive zu vermeiden, der Tumor nur im Gesunden umschnitten und ausgelöst. (In Achsel- und Schlüsselbeingruben dürfte das schwer möglich sein; trotzdem sind Recidive hier sehr selten.) Rotter's bewährtes Operationsverfahren unterscheidet sich übrigens, wie er selbst betont, wenig von dem Halsted's und W. Meyer's, über die wir in beiden vorigen Berichten und in den „Fortschritten in der chirurgischen Technik" (s. oben) Auskunft gegeben haben.

Beatson (14) betont die Aehnlichkeit der Epithelwucherungen beim Krebs und bei der Lactation, die Abhängigkeit der letzteren von den Ovarien. In einem Falle von recidivirendem Brustkrebs sah er fettige Degeneration und Heilung eintreten nach Oophorectomie und längerem Gebrauch von Schilddrüsentabletten (vergl. Schinzinger, Chirurg. Congr. 1889); in einem zweiten Falle Besserung (noch in Behandlung); in einem dritten, wo nur Schilddrüse gegeben war, kein Erfolg. — Die Krebsbildung würde danach erfolgen auf Grund eines von den Ovarien resp. Testikeln ausgehenden Reizes und würde — was B. vorläufig nur bei inoperablen Fällen versuchte — die Entfernung dieser Organe nöthig machen. Dass seine Theorie noch auf schwachen Füssen steht, giebt B. selbst zu.

Nach einer historischen, die Entwicklung der Anschauungen über Gallertgeschwülste und Gallertkrebs behandelnden Einleitung berichtet Lange (16) über zahlreiche eigene Untersuchungen über die Unterschiede zwischen Gallertkrebs des Magens und Mastdarms und Gallertkrebs der Brustdrüse; bei letzterem fand sich die schleimige Degeneration immer an dem die Krebszapfen unmittelbar begrenzenden Bindegewebe. Krebsstränge und Zellen verfallen dabei der einfachen Atrophie oder der fettigen Degeneration. Der Raum, den sie einnahmen, wird schliesslich auch von Schleim ausgefüllt. Im klinischen Theile der Arbeit wird die Seltenheit betont (0,93 pCt. der Brustkrebse). L. sammelte 75 Fälle, darunter 1 bei einem Mann. In der Regel wachsen sie langsamer, als andere Carcinome, inficiren auch später, als diese die Achseldrüsen und führen später zur Cachexie. Auch die Recidive erscheinen langsamer, und 1/3 der Rückfälle erst nach 3 Jahren. — L. schliesst mit der Aufzählung der 75 Fälle und einem Literatur-Verzeichniss von 100 Nummern.

Chirurgie der Bauchhöhle

bearbeitet von

Dr. H. KÜMMELL, Chirurg. Oberarzt des Neuen Allgemeinen Krankenhauses in Hamburg-Eppendorf.*)

I. Allgemeines.

A. Erkrankungen des Bauchfelles.

a) Peritonitis.

1) Aievoli, E., Su di un caso die Ascecio dello spazio previscerale di Wenke ed interstiziale vasale. Gazetta degli Ospedali XVI. 1895. — 2) Anderson, William, A discussion on the surgery of the subperitoneal tissue. The Brit. Med. Journal. 17 Oct. (Bespricht zuerst Stricturen und Inhalt des subperitonealen Gewebes und sein Lageverhältniss zu den Bauchwandungen, zum Peritoneum und zu den Eingeweiden; dann folgt eine Aufzählung der Krankheiten des subperitonealen Gewebes. [Entzündungen, Neoplasmen, Blutungen, Lymphexsudate, Extravasate von Se- und Excreten. Gasinfiltration und atrophische Processe. Ausführlich bespricht er subperitoneale Cellulitis, Lipome und hernial. lipomata. In der Discussion reden: Mac Dougall, Charles Morton, Alexander Ogston, Lauenstein-Hbg.) — 3) Houzé, T., L'Intervention chirurgicale dans la péritonite aiguë diffuse par perforation spont. Paris. Soc. et édit. Lyon. Med. No. 1. No. 8. — 4) Koch, S. A., Jets over peritonitis. Weekblad van het Nederlandsch Tydschrift vor Geneesk. 1. Febr. No. 5. — 5) Kreibich, Karl, Zur Aetiolog. abdominaler Abscesse. Wiener klinisch. Wochenschr. No. 39. (Fünf Fälle aus der Klinik von Prof. Neusser. Im Fall 1 [perinephritischer Abscess] im Eiter Staphylococcus pyogenes aureus; 2. [perinephr. Abcess] bacteriolog. negativ; 3. [Abcessus praeperitonealis] Streptococcus pyogenes; 4. [Peritonitis diffusa] Bacillus pneumoniae capsulatus; 5. [Intraperitoneale Abcesse] zweifelhaftes Bacterium.) — 6) Lockwood, C. B., The surg.

---

*) Unter gütiger Mitwirkung der Herren DDr. Graff, Tschirschwitz, Janz, Ringel.

treatment of diffuse septic peritonitis wit successful cases. Med. chir. Transact. Vol. 87. (Vor d. Operation Strychnin [1/20 g] und heisses Wasser. Während d. Operation Patient heiss zugedeckt. Möglichst wenig Narcotica. Incision, ev. Punction d. Därme. 2 Fälle Heilung.) — 7) Michaux, M. P., Traitement de la septicémie peritonéale postopératoire par les injections intraveineuses de serum artificiel et les autres moyens dont nous pouvous disposer. Bulletins et Mensions de la société de Chirurgie. Séance. 8. Janvier. (13 Fälle, davon 5 geheilt. Injectionsmenge nach Hayem [Natr. chlorat. 5,0, Natr. sulfur. 10,0, Aqu. destil. 1000,0] ca. 1000 ccm. [Maximum einer einmaligen Infusion 1500—2000.] ausserdem Clysmata und Stimulantien.) — 8) Stickler, J. W., Some investigations to determine the effect upon the peritoneum of such substances as apt to find their way. Into the abdominal cavity during operations thereon. Med. Record. 1. Febr.

b) Tuberculöse Peritonitis.

1) Abbe, Robert, The med. Mars. — August. (Schildert erst ihre verschiedenen Formen und kommt zu dem Schluss, dass man jetzt die Pflicht habe, jedes Exsudat einer tuberculösen Peritonitis zu entleeren.) — 2) Gatti, Gerolamo, Ueber die feineren histologisch. Vorgänge bei der Rückbildung der Bauchfelltuberculose nach einfachem Bauchschnitt. Archiv f. klinisch. Chirurg. 53. Heft 3. — 3) Israel, J., Erfahrungen über operative Heilung der Bauchfelltuberculose. D. med. Wochenschrift. 8. Jan. — 4) Kramer, C., Ein Fall von Bauchfelltuberculose. Inaugural-Dissertation. Berlin. (5jährige Mädchen, durch Laparatomie geheilt.) — 5) Nové-Josserand, Tuberculose localisée du Coecum traitée par le simple laparotomie. Lyon med. No. 22. — 6) Rumpf, Th., Behandlung der Peritonitis tuberculosa. D. med. Wochenschr. 12. März. (Vorstellung von 2 Fällen mit Tuberculin [innerlich u. subcutan] behandelt, geheilt.) — 7) Varvilevsky, M. K., Etudes anatomo-pathalogiques sur l'influence de la laparotomie sur la péritonite tuberculeuse. Arch. d. Sciences biologiques. St. Petersbourg IV. 3.

Gatti (2) bespricht zuerst Bedingungen und Anordnungen seine Versuche:

1. Versuche an Meerschweinchen (nicht operirte und operirte Thiere.)

Resultat: Die fibröse Bauchfelltuberculose des Meerschweinchens ist durch einfachen Bauchschnitt heilbar. — Die käsige oder in Verkäsung begriffene Tuberculose wird durch den einfachen Bauchschnitt nicht geheilt, sondern nur in ihrer Entwickelung gehemmt.

2. Versuch an Kaninchen.

3. Versuche an Hunden (nicht operirte und operirte Thiere.)

G. befürchtet, dass die fibröse Tuberculose der Hunde durch die einfache Laparotomie verlangsamt gehemmt oder sogar in histologische Heilung übergeführt werden kann. Die käsige Tuberculose kann durch die Operation gehemmt und in Folge allmäliger Einkapselung unschädlich gemacht werden; eine Aufsaugung der gebildeten Käsemassen findet nicht statt.

Bei einer zusammenfassenden Betrachtung kommt H. zu dem Schluss, „dass die Heilung der fibrösen Tuberculose nicht auf entzündlicher Reaction und activer Wucherung der Bindegewebe beruht, sondern dadurch zu Stande komme, dass die epitheloiden Zellen durch einen langsamen Eiterungsprocess zerstört und dann resorbirt werden, wobei gleichzeitig die Rundzellen und die Bacillen allmälig verschwinden, sodass zuletzt nur noch das bindegewebige Struma mit seinen Gefässen zurückbleibt.

Verf. glaubt, dass durch die Laparotomie Bedingungen geschaffen werden, durch welche die Bacillen entweder vernichtet oder abgeschwächt, jedenfalls aber in ihrer weiteren Vermehrung gehindert werden; und die Protenens der vorhandenen, durch die Operation getödteten oder geschädigten Bacillen leiten dann die langsame Entartung der epitheloiden Zellen ein.

Israel (3) veröffentlicht 4 Fälle von Heilung.

Fall 1—3. Kinder zwischen 4—7 Jahren, Laparotomie, 10—30 g Injection 10 proc. Jodoformöls. Dauer der Heilung bis zur Veröffentlichung. 17, $16\frac{1}{2}$ und 7 Monate. Die Erfahrungen, die I. bei diesen 3 Fällen gemacht hat, sind. 1. Die Heilung der Peritonealtuberculose durch Laparotomie kann nicht erklärt werden durch Entleerung ascitischer Flüssigkeit, da die ersten beiden Fälle gar keinen, der 3. Fall nur ca. 200 ccm Erguss hatte. 2. Trotz Vorhandensein eines tuberculösen Darmgeschwürs kann durch einfache Laparotomie eine Heilung der Bauchfelltuberculose erfolgen und andauern. 3. Schon 36 Tage nach der L. können sämmtliche Tubercula selbst, wenn sie Kirschkerngrösse erreichen verschwunden sein. 4. Ein hochfieberhaftes Verhalten contraindicirt die Operation nicht.

Fall 4. 20jähriges Mädchen wegen Ileuserscheinungen laparotomirt, Befund: geschwulstartige Tuberculose des Peritoneum. Operation zwischen Ileum und Colon und Injection von 40,0 Ol. Jodoform.

Glatte Heilung. Dauer bis zur Publication 7. Mon

Varvilevsky (7) resumirt:

1. Die Laparotomie verändert beim Kaninchen die histologische Structur der tuberculösen Granulationen des Peritoneums derart, dass sie in den Tuberkeln die die Zahl der epitheloiden Zellen vermehrt und gleichzeitig die Zahl der Leukocyten mindert.

2. Die Laparotomie verzögert die Zeit der Ausbreitung peritonealer Tuberkel durch regressive Processe.

3. Die Laparatomie begünstigt bis zu einem gewissen Grad die Resorption der Zerfallsproducte, welche sich im Tuberkel vor der Operation angehäuft haben und vermindert auch in den Tuberkeln des Peritoneum die Zahl der Koch'schen Bacillen.

4. Schliesslich verhindert die Laparotomie bei den Kaninchen in gewissen Fällen die weitere Ausbildung des tuberculösen Processes, und seine Generalisation in anderen Organen.

[Lindh, A., Eine sehr seltene Form von tuberculöser Peritonitis. Göteborgs läkoresällskaps förhandlingar. 1895. S. 54—57.

1. 35jähriges, unverheirathetes Weib. Fabrikarbeiterin. Erkrankte wiederholte Male mit Schmerzen im Bauch, Fieber und Uebelbefinden, womit gleichzeitig der Bauch schwoll. Temp. 38,9° C.—40° C. Schwach und matt, mager. Bauch empfindlich, sowohl bei Palpation wie bei heftigen Bewegungen, Husten und Amenorrhoe. Percussionston überall tympanitisch. Portio vagin. uteri weit nach hinten, Fundus nach vorne. Hinter diesem eine einzige, grosse, harte, etwas empfindliche Geschwulst, welche vom Becken nach der Nabelgegend hinauf, wo sie mit undeutlicher Grenze in der Tiefe endete, sich erstreckte. Laparotomie. Die Därme überall fest adhärent unter einander und an der Bauchwand, von wo sie nur durch Dissection abzutrennen waren. Ueberall grössere und kleinere Tuberkel. Keine

freie Höhle konnte entdeckt werden. Bedeutende Besserung.

2. 17jähriger Jüngling. Zunahme des Volumens des Bauches ohne gleichzeitige Schmerzen oder Empfindlichkeit. Diarrhoe. Viel Kollern und Gurgeln im Bauche, oben ohne Schmerzen, Uebelkeiten oder Erbrechen. Etwas Athemnoth. Bisweilen Husten. Bauch gleichmässig, aber nicht besonders bedeutend aufgetrieben, hart und fest, oben ohne deutlich palpirbare Geschwulst. Bei stärkerem Drucke, etwas diffuse Empfindlichkeit. Der Percussionston tympanitisch ausser in der linken Seite, wo er gedämpft tympanitisch war. Kein Wellenschlag. Anschwellung der Milz (bis zur vorderen Axillarlinie) und der Leber, deren unterer Rand unterhalb des Brustkorbrandes hervorragte. Linksseitiger Spitzencatarrh. Laparotomie. Nirgends, weder oberhalb, noch unterhalb des Nabels konnte L. in irgend eine Peritonealthöhle hereinkommen. Die Därme, unter einander und mit der vorderen Bauchwand zusammengewachsen, schienen einen einzigen Kuchen zu bilden. Kein Exsudat. Besserung.

A. Fr. Eklund (Stockholm).]

B. Verletzungen.

1) Breske, D., Ueber einen Fall von schwerer Unterleibsquetschung. Nrde. mil. ärztl. Zeitschr. 1895. No. 12. (Mit Blutung in die Bauchhöhle. Verletzung der Leber. — Heilung.) — 2) Bryant, Thomas, The treatment of abdominal injuries without external wounds. The Lancet. 11. Jan. (4 Fälle von Heilung), behandelt mit Ruhelage, Nährclysmen und Suppositorien.) — 3) Bush, Paul, A case of haemorrhage into the great omentum. The Lancet. 1. Febr. (Operirt, gestorben.) — 4) Cuff, Archibald, A case of extension wound of the abdomen. Ibid. 30. Mai. (Behandelt mit venösen Infusionen und Rectalinjectionen. Heilung. — 5) Demoulin, Diagnostic des affections traumatiques de l'Abdomen. L'union médic. 12.—19. Decembre. — 6) Faure, J. L., Contusion de l'Abdomen par coup de pied de cheval. Décollement de la vesicule biliaire et hémorrhagie du foie. Laparotomie. Guérison. Bullet. des Société de Chir. Séance. 29. Jule. — 7) Wyeth, Extensive localisation of the abdominal wall by a Bulls Horn. Extrusion of the intestins; operation; recovery. Med. News.

[1) Dobrowolski, A., Penetrirende Verletzung der Bauchdecken mit Prolaps der Eingeweide. Przegl. lekarski. No. 38. — 2) Grodecki, F., Fall von Schnittwunde des Bauches mit Prolaps der Milz. Heilung. Gazeta lekarska. No. 19.

Nach Dobrowolski (1) fand sich bei einem 5jährigen Kinde eine $1\frac{1}{2}$ cm lange, mit einem Glasscherben beigebrachte Schnittwunde oberhalb des Nabels, durch welche eine Darmschlinge prolabirt war. Reposition derselben nach vorheriger Desinfection einige Stunden nach dem Unfalle. Verschluss der Bauchwunde. Glatte Heilung.

Grodecki (2) berichtet: Ein 52 Jahre alter, athletisch gebauter Mann erhielt in einem Raufhandel eine 6 cm lange, dem linken Rippenbogen parallele und etwa $1\frac{1}{2}$ cm von demselben entfernte Schnittwunde, durch welche die Milz prolabirt war. Der Prolaps wurde von dem Dorfrichter z. Th. allsogleich reponirt, ein $5\frac{1}{2}$ cm langes, $4\frac{1}{2}$ cm breites Stück blieb jedoch ausserhalb der Wunde. Der 48 Stunden nach dem Unfalle herbeigeholte Verfasser fand das prolabirte Stück von fast normalem Aussehen, und gelang ihm auch, nach vorheriger Reinigung desselben sowie der Wunde mit frisch abgekochtem Wasser (mangels irgend eines Desinfectionsmittels), die vollständige Reposition desselben. Die Bauchwunde wurde z. Th. durch Naht geschlossen, z. Th. mit reiner Leinwand (!) tamponirt. Glatte Heilung.

Trzebicky (Krakau).]

C. Geschwülste.

1) Delbert, Pierre, Sur un traitement des kystes hydatiques de l'abdomen. Gaz. medical. 20. Févr. — 2) Harrison, Reginald, A case of large pelvic hydatid successfully treated by perioral incision and drainage with observations. Med. chirur. Transact. Bd. 87. (Heilung. H. schildert die in Frage kommende Operationsmethode solcher Tumoren: 1. Laparotomie, 2. Punction vom Rectum aus, 3. specielle Operation.) — 3) Hassler, Sur un cas de tumeur intraperitonéale sus-ombilicale mobile. Laparotomie. Guérison opératoire. Examen histologique. — 4) Kramer, W., Beitrag zur Aetiologie und Operation der dermoiden Geschwülste der Bauchwand. Arch. f. klin. Chir. 52. Heft 1. ($4\frac{1}{2}$jähriges Mädchen mit einem angeborenen typischen Spindelzellen-Sarcom, ausgehend von der rechten vorderen Bauchwand. Der durch die Exstirpation gesetzte Defect der Bauchwand wurde plastisch durch Muskelverschiebung gedeckt. Nach $\frac{3}{4}$ Stunden keinerlei Diastase.) — 5) Malcolm, John D., Two cases of rupture of intestine caused by the separation of adhesions to diseased ovaries. The Lancet. 26. Sept. (1 Exitus, 1 Heilung.) — 6) v. Samson-Woskresensk, Ein diagnostisches Räthsel. (Casuistischer Beitrag zur Pathologie der Bauchhöhle.) St. Petersburger med. Wochenschr. 4./20. Mai. (Ein Fall von Adenocarcinoma cylindrocellulare der Flexura. Der Fall hatte intra vitam Schwierigkeit für die Diagnose geboten.) — 7) Smith, J. G., Abdominal surgery. 5. ed. 2. Vol. London.

D. Technik und exploratorische Laparotomie.

1) Ihle, Otto, Eine neue Naht der Bauchdecken. Wien. med. Presse. No. 40. (An der Hand von Zeichnungen. I. macht sie seit October 1894 und hat gute Erfolge bis jetzt.) — 2) Thomson, Knowsley, A lecture on the sines of advance in abdominal surgery. Brit. med. Journ. 29. Febr. — 3) Treves, Frederik, The treatment of glenards diseases by abdominal section with some comments. Brit. med. Journ. 4. Jan. (a) 1 Fall von Enteroptose. Laparotomie. Heilung. b) 2 Fälle von intestinaler Neurose. Laparotomie. Heilung.) — 4) Derselbe, A group of 27 abdominal operations. The Lancet. 4. Jan. (I. Ovarientumoren, 3 Fälle. Multiloc. Cyste, 2 Fälle. Heilung dermoid. II. Appendicitis, 10 Fälle. Recidive, in der anfallsfreien Zeit operirt. Heilung. III. Darmresectionen. Tuberculöse Strictur des Ileus. Resection-Murphy. Heilung. Tumor des Colons. IV. Gallenblase. 1. Coliken, Stein nicht gefunden. Heilung. 2. Empyem der Gallenblase. Heilung. 3.—6. Steine. V. Niere. Hydronephrose. Heilung. Wanderniere. Heilung. VI. Milz. Abscess. Heilung. VII. Magen. VIII. Explorativ-Laparotomie. 2 Fälle.) — 5) Derselbe, A review of the surgery of the peritoneum. Brit. med. Journ. 31. Oct. (Bespricht: 1. Vorbereitung und Einführung einer Laparotomie. 2. Die Peritonitis und ihre Behandlung. 3. Maligne Erkrankungen des Peritoneums. 4. Perityphlitis.) — 6) Watson, Francis, Cases of

abdominal surgery. Bost. med. and surg. Journ. 20. Aug. 10. Sept. (50 Fälle, 11 Todesfälle = 22 pCt. Mortal.)

E. Subphrenische Abscesse.

1) Beck, Subphrenic abscess. Medical Record. Febr. 15. — 2) Derselbe, Beitrag zur Literatur der subphrenischen Abscesse. Arch. f. klin. Chir. 52. Bd. Heft 3. — 3) Cramer, Beitrag zur Casuistik der subphrenischen Abscesse und der Querresection der Niere. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 42. — 4) Faber, Ueber subdiaphragmatische Abscesse. Inaug.-Dissert. Erlangen. (2 Fälle geheilt, 1 Fall spontan durch Expectoration des Eiters, der andere durch Operation.) — 5) Fink, Ein weiterer Beitrag zur Casuistik der subphrenischen Abscesse. Prag. med. Wochenschr. No. 14. — 6) Grimm, Subphrenische Abscesse. Ebendas. No. 18 u. 20. (2 Fälle, 1 mit tödtlichem Ausgang, 1 geheilt, beide nicht operirt.) — 7) Lauenstein, Subphrenic abscess and its treatment. British med. Journ. 10. Oct. — 8) Schlesinger, Ueber subphrenische Abscesse. Wiener med. Presse. No. 4 u. 5.

Schlesinger (8) theilt 2 Fälle von perforirendem Magengeschwür mit, welche zum subphrenischen Abscess führten und letal endeten. Einen bedeutenden Procentsatz der Zahl subphrenischer Abscesse bilden die vom Proc. vermiformis ausgehenden. Ein in diese Gruppe gehöriger Fall, den Schl. mittheilt, nahm ebenfalls einen tödtlichen Ausgang. Bemerkenswerth ist derselbe dadurch, dass von einem rechtsseitig gelegenem Organe ein linksseitiger subphrenischer Abscess ausgegangen war. Ferner bespricht er die Entstehung solcher Abscesse durch Lebereiterung oder suppurative Processe der Gallenwege, sowie durch para- und perinephritische Abscesse, und als seltenere Entstehungsweise die auf metastatischem Wege. Einen solchen von einem Milzinfarct ausgegangenen subphrenischen Abscess hat Schl. ebenfalls beobachtet. Er plaidirt zum Schluss für eine rein chirurgische Therapie.

Zwei seltenere subphrenische Abscesse, von denen der eine im Anschluss an eine Milzeiterung, der andere im Anschluss an einen entzündlichen Adnextumor sich entwickelte, hat Bardenheuer (3) mit Erfolg operirt.

Auch Beck (2) spricht sich durchaus für frühzeitige breite Eröffnung und bestmögliche Drainirung aus, welche letztere nach seiner Meinung am sichersten durch Rippenresection erreicht wird. In den von ihm mitgetheilten, durch Operation geheilten 4 Fällen handelte es sich bei einem um perinephritischen, bei zweien um einen cholangioitischen und beim vierten um intestinalen Ursprung (Dysenterie). Bei einem fünften nicht operirten, letal verlaufenen Fall, konnte man ziemlich sicher auf cholangioitische Aetiologie schliessen.

[Schiller, Incarceration des Dünndarmes in der Fossa duodeno-jejunalis. Göteborgs lakaresällskaps forhandlingar 1895. Auszug aus dem Sitzungsbericht für den 23. Octob. 1895. p. 15—18.

29 jährig. Handarbeiter. Plötzlich heftige, beinahe unerträgliche Schmerzen im Bauche nebst Erbrechen. Blass im Gesicht mit cyanotischen Lippen und sehr unruhig. Pulslos. Bauch nicht aufgetrieben, aber die Bauchbedeckungen ziemlich gespannt mit Empfindlichkeit über dem ganzen Bauche. Laparotomie unter dem Nabel. In der ungewöhnlich stark entwickelten Fossa duodeno-jejunalis war eine so ziemlich lange Darmschlinge bis zur Mesenterialwurzel fest eingeklemmt. Ausziehung des Darmes nach Aufschneiden der Fossa. Sodann Reposition. Collaps. Tod, 6 Stunden nach der Operation. **A. Fr. Eklund** (Stockholm).

Ciechomski, A., Ein Fall von spastischer Strictur des Oesophagus und Prolaps der Magenwand durch die Magenfistel. Gazeta lekarska. No. 43.

Ein 25 jähriger Handlanger wurde wegen seit acht Tagen bestehender Schlingbeschwerden ins Spital aufgenommen. In den letzten Tagen konnte er weder feste noch flüssige Speisen schlucken und die eingeführte Magensonde stiess oberhalb der Cardia auf ein unüberwindliches Hinderniss. In Anbetracht der rasch fortschreitenden Inanition des Patienten wurde die Gastrostomie nach Hacker ausgeführt. Am siebenten Tage nach der Operation begann Patient wieder per vias naturales zu schlingen, so dass das Drainrohr am 15. Tage als vollständig überflüssig aus der Fistel entfernt werden konnte. In der 7. Woche stellte sich noch 2 mal ein vorübergehender Spasmus des Oesophagus ein, und verweigerte auch Patient daher aus Furcht vor erneutem Eintritt desselben den definitiven Verschluss der Fistel.

Nach fast 2 Jahren suchte er abermals im Spitale Hülfe, da ihm Tags zuvor beim Heben einer schweren Last eine Geschwulst durch die persistirende Fistel prolabirt war. Es stellten sich Symptome einer Darmocclusion und Collaps ein. Die Untersuchung ergab im linken Hypochondrium einen faustgrossen, bereits necrotischen Prolaps der Magenwand. Reposition in Chloroformnarcose. Tod am folgenden Tage. Aus dem Sectionsprotocolle heben wir nur das Interessanteste hervor: An der grossen Curvatur 13 cm vom Pylorus entfernt befand sich die $1\frac{1}{2}$ cm lange senkrechte Magenfistel. Die Magenwand trägt von der Fistel bis zum Pylorus und längs der grossen Curvatur deutliche Spuren der Incarceration und Gangrän und erinnert an ein necrotisches scharf demarkirtes Geschwür. Der Oesophagus war vollständig normal und überhaupt im Organismus sonst nirgends etwas Abnormes nachweisbar bis auf einen kleinen verkästen Herd in der linken Lungenspitze. **Trzebicky** (Krakau).]

II. Speiseröhre und Magen.

A. Oesophagus.

1) Newann, Epithelioma of the oesophagus at the level of the third dorsal vertebra. Ulceration and rupture into the aorta, a month after gastrostomy was performed. The Glasgow medical journal. November. — 2) Gould, Pearce, Case of malignant stricture of the oesophagus. Kocher's gastrostomy. Remarks. The Lancet. Septemb. 19.

B. Magen.

1. Verletzungen des Magen-Darmtractus durch stumpfe Gewalt.

1) Petri, Ueber die subcutanen Rupturen und Contusionen des Magendarmcanals. Bruns' Beiträge zur klin. Chirurg. Bd. XVI. — 2) Rehn, Die Verletzungen des Magens durch stumpfe Gewalt. Archiv für klin. Chirurgie. Bd. 53. — 3) Körte, Darmruptur in Folge stumpfer Conturen des Bauches. Vereinsbeilage der Deutsch. med. Wochenschr. No. 30.

Petri (1) bespricht im Anschluss an einen in der Wölfler'schen Klinik behandelten Fall ausführlich

die Aetiologie, Pathologie, Symptomatologie, Diagnose und Therapie der subcutanen Intestinalverletzungen und giebt eine genaue Statistik aller bisher publicirter Fälle (175) mit detaillirter Literaturangabe. Verf. zieht der abwartenden Therapie mit starken Opiumdosen, die operative vor und macht darauf aufmerksam, dass die Chancen des Erfolges mit der Frühzeitigkeit der Operation steigen. Von 42 in den ersten Tagen Operirten genasen 14 (33 pCt. Heilung) von 18 in den ersten 24 Stunden Operirten genasen 8 (55 pCt. Heilung) von 24 später als 24 Stunden Operirten genasen nur 6 (25 pCt. Heilung). Trotzdem bietet auch die frühzeitige Vornahme der Operation keine Garantie, da schon beim Trauma selbst ein Kothaustritt stattfinden kann und damit die tödtliche Infection des Peritoneums. Die Operation muss, nachdem die ersten schweren Shockerscheinungen vorüber sind, schnell ausgeführt werden. Bei intraabdominellen Blutergüssen ist die Operation vor Eintreten des Collapses vorzunehmen. In der Nachbehandlung sind Kochsalzinfusionen empfehlenswerth.

Rehn (2) bespricht das Zustandekommen der Magenverletzung durch stumpfe Gewalt und referirt über einen Fall. Ein junges Mädchen war aus dem ersten Stockwerk auf eine Eisenstange gefallen, und hatte sich an der Vorderseite des Magens zwei seröse Muscularisrisse, an der Hinterwand eine 10 cm lange penetrirende Risswunde zugezogen. Operation nach 4½ Stunden. Naht der Magenwunde und der bei der Operation noch constatirten Milzverletzung. Heilung.

Körte (3) operirte einen Mann, der durch eine Deichsel eine starke Quetschung des Unterleibes 48 Stunden a. op. erlitten hatte. Resistenz in der linken Darmbeingrube, flüssiges Blut von frischer Beschaffenheit im Stuhlgang liessen eine Zerreissung der Flexura sigmoidea vermuthen, die bei der Operation auch gefunden wurde. Die Perforationsstelle war abgekapselt. Naht der sehr brüchigen Rissstelle unter Sicherung eines darüber genähten Appendix epiploicus. Jodoformdrainage. Naht. Heilung.

2. Magengeschwür.

1) Foote, Weir E., The surgical treatment of round ulcer of the stomach and its sequelae, with an account of a case successfully treated by laparatomy. The medical news. April 25. — 2) Bennet, W., A case of perforating gastric ulcer in which the opening, being otherwise intractable, was closed by means of an omental plug; recovery. The Lancet. Aug. 1. — 3) Dent, C. F., A case of perforated gastric ulcer treated by laparotomy. Recovery. The Lancet. June 20. (Operation 6 Stunden nach der Perforation. Letztere wurde nicht gefunden, nur eine verdickte Stelle an der hinteren Wand, die in Vermuthung einer minimalen Perforation übernäht wurde. Heilung.) — 4) Littlewood, Two cases of perforated gastric ulcer successfully treated by abdominal section. The Lancet. No. 21. (5—7 Stunden nach der Perforation Operation. Excision des Ulcus, Heilung.) — 5) Page, F., A case of perforating ulcer of the stomach. Laparotomy. Recovery. The Lancet. May 23. (Operation nach sechs Stunden. Drainage der Bauchhöhle.) — 6) Armstrong, The surgical treatment of perforatic gastric ulcer. Med. and surg. Report. March 14. (Heilung trotz schon bestehender Peritonitis. Naht der Perforation. Wenn die Perforation an der hinteren Wand sitzt, empfiehlt Verf. Incision der vorderen Magenwand und Naht von dort aus.) — 7) Seale, A case of gastric ulcer with recovery after symptoms of perforation. The Lancet. Dec. 19. — 8) Greene lumston, Ch., A study on the surgical treatment of perforation of gastrics ulcers. Boston med. et surg. Journal. No. 17. — 9) Barker, Seven cases of perforated gastric ulcer treated by operation, with three recoveries. The Lancet. Dec. 5. (7 Fälle, dazu 2 in einer Anmerkung, mit 4 Fällen Heilung, trotz bestehender allgemeiner Peritonitis. Perforation stets an der vorderen Magenwand, stets genäht, keine Excision des Ulcus.) — 10) Michaux, Peritonite par perforation d'un ulcère simple de l'estomac. Laparotomie (Guérison). Bulletin de Medic. de la soc. de chir. p. 222. (Empfiehlt sofortige Laparotomie, auch wenn schon peritonitische Allgemeinerscheinungen da sind, bei schnellster und kürzester Ausführung.) — 11) Strauch, Operative Heilung eines frei in die Bauchhöhle perforirten Ulcus ventriculi. (Laparotomie acht Stunden nach Eintritt der Perforation. Excision des Ulcus; Naht, Heilung.) — 12) Hofmeister, Zur operativen Behandlung des Ulcus ventriculi. Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie. Bd. 13. — 13) v. Noorden, Zwei operative Eingriffe wegen Folgezuständen von Magengeschwüren. Münch. med. Wochenschr. No. 35. — 14) Claussner, Ein Beitrag zur operativen Behandlung des Ulcus ventriculi. Münch. med. Wochschr. No. 37. — 15) Krogius, Alb., Casuistischer Beitrag zur operativen Behandlung des Magengeschwürs. Centralblatt für Chirurgie. No. 22. — 16) Kolaczek, Ein durch ein Magengeschwür hervorgerufenes Magendivertikel, das eine Neubildung vorgetäuscht hat. Mittheilungen aus den Grenzgebieten. Bd. I. S. 165.

Hofmeister (12) stellt als Indication für operatives Vorgehen bei Ulcus ventriculi auf: 1. Perforation des Ulcus, 2. starke Blutung mit nachfolgender schwerer Anämie und die Folgeerscheinungen des Ulcus, Pylorusstenose, Sanduhrform etc., narbige Verwachsung des Magens mit der Umgebung etc. In dem von ihm operirten Falle war der Ulcus perforirt, mit der Bauchwand verwachsen und imponirte als schwieliger Tumor. Exstirpation. Vereinigung der Magenwände nach Art der Heinecke-Mikulicz'schen Pyloroplastik. Heilung unter grosser Gewichtszunahme.

Noorden (13) operirte eine 52jährige Frau, die als junges Mädchen Erscheinungen eines Ulcus ventriculi gehabt hatte, wegen andauernder Schmerzen in der Magengegend, Druckempfindlichkeit und Abmagerung. Er fand den Magen mit dem Netz verwachsen an einer circumscript verdickten Stelle. Nach Lösung Naht und vollkommene Heilung. Im 2. Fall war drohende Perforationsperitonitis die Ursache zur Operation. Die Perforationsstelle hatte sich bereits abgekapselt, riss aber ein. Der Kräftezustand gestattete keine Resection. Die Bauchhöhle wurde tamponirt unter Freilegung der Perforationsstelle. Die Naht derselben nach einigen Tagen gelang nicht, da vom Rande des Geschwürs ein Selbstverdauungsprocess begann. Patientin ging cachectisch zu Grunde.

Claussner (14) operirte einen Fall mit Erfolg, bei dem die Perforationsstelle mit der Bauchwand verlöthet war, nach Lösung der Verwachsung mit Resection der erkrankten Magenpartie und Naht. Die Operation war schwierig, weil die Verwachsung nach der Cardia hin-

ging und in den Schwielen die Gefahr einer Eröffnung des Pleuraraumes gross war.

Aehnlich war der Fall von Krogius (15), nur dass die Verwachsung hier weniger ausgedehnt und nur an der vorderen Magenwand vorhanden war.

Interessant ist der Fall von Kolaczek (16), in dem sich im Anschluss an ein Ulcus ein Divertikel gebildet hatte, das er als Tractionsdivertikel in Folge eines zur Perforation neigenden, aber vor derselben durch Verwachsung geschützten, die Magen- mit der Bauchwand bewehrten runden Magengeschwürs auffasst. Das Divertikel wurde excidirt und genäht, danach vollkommene Heilung.

Weir Foote stellt 18 Fälle aus der Literatur über Laparotomie bei perforirtem Magengeschwür und 9 bei Duodenalgeschwüren zusammen. Der Erfolg ist abhängig von der zwischen Perforation und Operation liegenden Zeit, wie folgende Tabelle zeigt.

Verflossene Zeit.	Heilung.	Tod.	Mortalität pCt.
Unter 12 Stunden . .	14	9	39
12—24 „ . .	4	13	76
Ueber 24 „ . .	4	28	87
Unbekannt	1	5	2
Total	23	55	71

3. Geschwülste. Stricturen. Dilatationen.

1) Hacker, Ueber Magenoperationen bei Carcinom und bei narbigen Stenosen. Wien. — 2) Langenbuch, Nochmalige Vorstellung einer vor einem Jahre ausgeführten totalen Magenresection. Berl. klin. Wochenschr. S. 355. (Er empfiehlt seine Methode der extraperitonealen Resection mit nachfolgender Bauchdeckenhautplastik zur Deckung des Vorfalles.) — 3) Rosenheim, Vorstellung eines Falles von Magencarcinom. Ebendas. S. 1053. (Berichtet über 2 Fälle von Magencarcinom, bei denen wegen ausgedehnter Erkrankung nur eine Gastro-Enterostomie ausgeführt wurde und die sich 2 bis 3 Jahre vollkommen wohl befanden.) — 4) Krönlein, Chirurgische Erfahrungen über das Magencarcinom. Beiträge zur klin. Chir. Bd. XV. — 5) Porges, Ein Fall von Carcinoma ventriculi durch Resection geheilt; seit 6 Jahren ohne Recidive. (Operirt von Prof. Dr. Maydl.) Wiener med. Wochenschr. No. 36. — 6) Ahlsberg, Casuistische Beiträge zur Chirurgie des Magencarcinoms. Münchener med. Wochenschr. No. 50 u. 51. — 7) Schönwerth, Zur operativen Behandlung des Magencarcinoms. Ebendas. No. 42—45. — 8) Adams, J. A., A successful case of pylorectomie. The British medical Journ. April. (Empfiehlt die Anwendung fortlaufender Nähte zur Verkürzung der Operationsdauer.) — 9) Börner, Gastro-Enterostomie wegen gutartiger Pylorusstenose. Heilung. Deutsche med. Wochenschr. No. 26. — 11) Morison, Notes on four cases of pyloroplasty. The Lancet. Oct. 24. (Methode Heineke-Mikulicz. 3 geheilt, 1 nach einiger Zeit Recidiv der Beschwerden, wahrscheinlich wegen eines neuen Ulcus.) — 12) Bevan, R., A plea for early operation in dilated stomach. due to pyloric or duodenal obstruction. Ibidem. Septemb. 26. — 13) Bond, On some cases of non-malignant pyloric stenosis treated by operation, with remarks on the pathology of the disease. Ibidem. July 25. (Verf. hat merkwürdige Methoden zur Behandlung der Pylorusstenose angewandt, ist aber nach den Misserfolgen zu Gastro-Enterostomie mit Murphy'schem Knopf zurückgekehrt.) — 14) Adams, A successful case of excision of the pylorus. Glasgow. Journ. Febr. — 15) Jaboulay et Brian, Gastro-Enterostomies, dilatation du pylore. (Neues Verfahren, das ohne Zeichnung nicht verständlich ist.) — 16) Lauenstein, Ein Fall von Sanduhrmagen behandelt nach Wölfler. Heilung. Münchener med. Wochenschr. No. 21. — 17) Schwarz, Ein Fall von Sanduhrmagen. 2 Laparotomien. 1. Gastroanastomosis. 2. Gastrolysis. Heilung. (Die Gastrolysis wurde mit dem Paquelin ausgeführt und in der Nachbehandlung der Magen häufig aufgebläht um neue Adhäsionen zu verhindern.) — 18) Schmeisser, Ueber die Behandlung der Magenerweiterung mit Gastroenterostomie und ihr Einfluss auf die Verdauungsthätigkeit des Magens. Inaug.-Diss. Halle. — 19) Heuseler, Ueber die operative Behandlung der Magenkrankheiten vom Standpunkte der inneren Medicin. Inaug.-Diss. Berlin. — 20) Siegel, E., Ueber die functionellen Erfolge nach Operationen am Magen. Mittheil. aus d. Grenzgebieten der Med. u. Chir. Bd. I. — 21) Herrisheimer, Stoffwechseluntersuchungen bei 2 Fällen von Gastro-Enterostomie. Ebendas. Bd. I. — 22) Monari, Experimentelle Untersuchungen über die Abtragung des Magens und des Dünndarms beim Hunde. Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. 16.

Krönlein (4) berichtet über seine Erfahrungen über die Operationen des Magencarcinoms. Von 67 Fällen schickte er 26 als inoperabel zurück, bei 22 zeigte sich die zu grosse Ausdehnung erst bei der Probelaparotomie, bei 4 machte er eine Gastro-Enterostomie und bei 15 wurde eine Resection ausgeführt. Kr. macht ausgiebigen Gebrauch von der Probelaparotomie, die allein wirkliche Auskunft über die Operabilität geben kann. Erfolg einer Resection ist nur bei wirklich geeigneten Fällen zu erhoffen. Von den 15 Resectionen starben 4, 2 später an intercurrenten Krankheiten, 4 bekamen Recidive (im Mittel nach 1 Jahr und 8 Monaten), die übrigen leben noch. Kr. operirt nach der Methode von Billroth-Wölfler und polemisirt gegen die Kocher'sche, deren Vorzüge er nicht anerkennen kann, und beschreibt ausführlich sein Vorgehen bei der Operation.

Ahlsberg (6) operirte 2 Fälle nach der Kocher-schen Methode und rühmt ihre Vorzüge, besonders die Vermeidung des bei anderen Operationsmethoden schwachen Punktes, das Zusammenstossen der Magennaht mit der Magendarmnaht. Bei inoperablen Fällen hat A. die Gastro-Enterostomie gemacht mit Erfolgen bis zu 3 Jahren und falls der ganze Magen krebsig infiltrirt ist, die Jejunostomie nach Art der Witzel'schen Magenfistel, mit der sein Patient sich noch fast 2 Monate leidlich gefühlt hat.

Schönwerth (7) berichtet unter Aufführung der Krankengeschichten über die Magenoperationen der Münchener chirurg. Klinik (Angerer). Von 6 Magenresectionen starben 3 in den ersten 4 Tagen an Collaps, 1 in der 3. Woche an Inanition, 1 an Peritonitis und Pneumonie, 1 an einem Recidiv nach 17 Monaten. Von 23 Gastro-Enterostomien starben 11 in den ersten Tagen, meistens an Collaps, das Schicksal der übrigen ist nach ihrer Entlassung nicht bekannt.

Siegel (20) hat Versuche über die Function des Magens nach Gastro-Enterostomien gemacht und gefunden, dass dieselbe der normalen vollkommen gleich ist. Auch Fette werden fast ganz verdaut. Genauere Stoffwechseluntersuchungen hat bei 2 der Siegel'schen Fälle

Herrisheimer (21) angestellt. Er macht die Fettverdauung abhängig von der Anlage der Gastro-Enterostomie. Wie Andere bewiesen haben, ist bei der Fettverdauung eine innige Mischung zwischen Leber- und Pancreassecret mit dem Fett nöthig. Deshalb liegt die Vater'sche Papille bei den Fleisch-fressenden Thieren näher dem Pylorus als bei den Pflanzenfressern. Ist also eine tiefere Darmschlinge in den Magen eingenäht, so muss Galle und Pancreassaft einen weiten Weg zurücklegen, bis sie mit dem Speisebrei in Berührung kommen, und ist die Vermischung in Folge dessen eine sehr viel weniger intensive.

Monari (22) hat interessante Versuche an Hunden gemacht, denen er den Magen und den ganzen Dünndarm resecirte mit dem Resultat, dass der Verlust des Magens gut vertragen wird und der Ernährungszustand nur vorübergehend leidet, dass die Entnahme des ganzen Dünndarms aber meist zum Tode führt, weil der Dickdarm die Aufgabe des Ileum und Jejunum nur theilweise erfüllen kann. Auf den Menschen übertragen glaubt er mit Sicherheit behaupten zu können, dass die Hälfte des Dünndarms entfernt werden kann, ohne dass der Stoffwechsel darunter leidet.

[1) Schiller, Karl, Chirurgische Casuistik vom Sahlgren'schen Krankenhause zu Gothenburg. Fall I. Lipoma mesenterii, Laparotomie und Exstirpation. Tod nach 14 Tagen infolge Paralysis cordis. Göteborgs läkaresällskaps förhandlingar. 1895. p. 1-4. — 2) Naumann, Cancer ventriculi. Resectio pylori. Chirurgische Casuistik vom Lazareth in Helsingborg. Hygiea. LVIII. 2. p. 145-146. 3) Derselbe, Dasselbe. Ibidem. p. 146-147.

Schiller (1). 40jähriger Knecht. Nach einer gewissen Unruhe im Magen allmälige Zunahme des Volumens des Bauches. Keine Schmerzen, aber schlechte Esslust, träger Stuhlgang und bedeutende Abmagerung. Kein cachectisches Aussehen. Der gleichmässig angeschwollene Bauch maass rings um den Nabel herum 110 cm. In seinem unteren Theile palpirte S. eine bedeutende Geschwulstmasse, von der Symphyse her nach oben zu gleicher Höhe mit dem Nabel, nach rechts ungefähr zur Mammillarlinie sich erstreckend; nach links füllte sie die ganze linke Hälfte des Bauches bis zur Lumbalgegend. Oberhalb dieser Geschwulstmasse eine Einsenkung und, da oben eine neue geschwulstähnelnde Resistenz, nach oben bis unter den linken Brustkorbrand sich erstreckend. Incision in der Mittellinie. Nach einander wurden drei mehr wie kindskopfgrosse Lipome herausgeschält. Alle gingen mit breiter Basis vom retroperitonealen Fette aus, zwei erstreckten sich bis zum Diaphragma hinauf. Sodann Exstirpation einer Menge kleinerer, theilweise gestielter Lipome mit Ausgangspunkt von der hinteren Bauchwand und der Gegend des Mesocolon transversum. Temperatur nach 2 Tagen 39° C. während ein paar Tage. Zwei Anfälle von Herzparese, der letzte mit tödtlichem Ausgange. Section: Der Boden der Wundhöhle bestand aus einer reichhaltigen Menge eitriginfiltrirten Fettgewebes.

Naumann (2). 55jähr. Ehefrau. Heftige Schmerzen im Magen und in den Lenden. Abmagerung. Gänseeigrosse, knollige, sehr leicht verschiebbare Geschwulst links vom Nabel. Appetitlosigkeit, träger Stuhl. Laparotomie. Sitz der Geschwulst in der Curvatura major, unweit vom Pylorus. Keine Verwachsungen weder in den Umgebungen, noch in den retroperitonealen Drüsen. Das herausgeschnittene Stück des Magens maass in der Curvatura major volle 12 cm. Dauer der Operation beinahe 4 Stunden. Anfangs Besserung, sodann Verschlechterung. Exitus letalis, $4^1/_2$ Monate nach der Operation.

Derselbe (3). 68jährige Ehefrau. Ständige Schmerzen, Abmagerung. Bettlägerig. HCl = 0 im Magensafte. Laparotomie. Circulärer Cancer ventriculi, an der Bauchwand angewachsen, sonst beweglich. Keine Complicationen. Resection eines Stückes vom Peritoneum sowie des Pylorus, wobei ein 8—10 cm langes Stück des Magens weggenommen wurde. Afebriler Verlauf. Besserung. Nach 6 Monaten eine neue Geschwulst im Bauche. Bedeutende Verschlechterung.

A. Fr. Eklund (Stockholm).]

4. Technik der Magendarmoperationen.

1) Kader, Br., Zur Technik der Gastrostomie. Centralbl. f. Chir. No. 28. — 2) Marwedel, Zur Technik der Gastrostomie. Münch. med. Wochenschr. No. 28. — 2a) Derselbe, Dasselbe. Bruns' Beitr. zur klin. Chir. Bd. 17. — 3) Morton, Thomas, Modern gastrostomy, with report of a case. The med. news. 25. Jan. — 4) Picqué, M., Gastro-Entéro-anastomose, entéro-anastomose, Cholécyst-entéro-anastomose sans ouverture préalable de la cavité des organes à anastomoser par M. Souligoux, prosecteur et chef de clinique chirurgicale à la faculté de médecine. Bull. et mémoire de la Société de chirurg. p. 596. — 5) Clavasse, Thomas F., A Clinical Lecture on modern methods of Gastrostomy. The Lancet. July 4. — 6) Nicoll, J. H., Specimens from several cases of operation on the intestines. Glasgow Journ. July. (Casuistische Mittheilung mehrerer Darmoperationen.) — 7) Bidwell, Leonhard A., A point in the operation of Gastrostomy. The Brit. med. Journ. Oct. 24. (Empfiehlt bei diesen Operationen die Befestigung des Magens nur am Peritoneum, nicht an der Bauchwand und eine neue Methode zweizeitiger Gastrostomie.) — 8) Cripps, Harrison, A Method of temporarily Closing the opening after Gastrostomy or enterotomy. Ibid. Juny. (Empfiehlt zum temporären Schluss von Magendarmfisteln die Einführung von Gummiplatten, die über Lint geknüpft und befestigt werden.) — 9) Casati, Eugenio, Gastroenterostomia retrocolica per cancro stenosanti del pilori. Morte. Raccoglitore. 28. II. — 10) v. Büngner, Zur Combination der Gastroenterostomie und Enteroanastomose. Archiv für klin. Chir. Bd. 53. (Bei inoperablem Pyloruscarcinom wird eine Gastroenterostomie gemacht, danach keine Erleichterung. Am 14. Tage fäculentes Erbrechen, 2. Laparotomie. Abknickung am eingenähten Jejunum, Anlegen einer Enteroanastomose weiter unten. Heilung.) — 11) Touche, L'emploi du bouton de Murphy dans le traitement de l'anus contre nature. Paris. Soc. d'édit. scient. — 12) Chaput, H., Therapeutique chirurg. de l'intestin, du rectum et du péritoine. Paris. — 13) Graff, Der Murphy'sche Knopf und seine Anwendung. Langenbeck's Arch. Bd. 52. — 14) Kümmell, Ueber die Anwendung des Murphy'schen Knopfes bei der Operation des Magencarcinomes und über Frühoperation desselben. — 15) Blanquinque, Plaies de l'intestin traitées par le bouton anastomatique de Murphy. Gazette hebdomadaire de médic. et de chirurg. — 16) Hinterstoisser, Ein Fall von Darmvereinigung mittelst Murphy's Knopf. Wien. klin. Wochenschr. No. 21. (Darmresection wegen eingeklemmter gangränöser Hernie. Heilung.) — 17) Forgue, M., Anus contre nature siégant sur le coecum. Resection intestinale. Réunion bout à bout avec le bouton de Murphy. Difficulté de la technique. Hémorrhagie. Mort. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. p. 549. — 18) Robson, Mayo, Enterectomy. The British med. Journ. 4. April. (Einleitendes Referat über die verschiedenen Methoden mit nachfolgender Discussion.) — 19) Rogers, Leonhard, A rapid method of performing enterectomy without the aid of any special apparatus. Ibid. April 11. — 20) Clarke, Jackson, A Suggestion for intestinal anasto-

mosis. The Lancet. May 9. (Empfiehlt als Ersatz für den Murphyknopf einen Gummiring.) — 21) Frank, A new contrivance for intestinal end-to-end anastomosis. Med. Record. Oct. 3. (Complicirter Apparat aus decalcinirten Knochen und Gummiringen von zweifelhaftem Werth.) — 22) Downes, A. S., Collapsible and removable kubber bays for all forms of intestinal approximation. A new continuous double-knot intestinal suture. A new abdominal retractor-self-retraining tenacula. Med. and surg. Rep. July 11. (Er empfiehlt einen zusammendrückbaren Gummiapparat, über den die Naht angelegt wird und der durch einen frischen Schlitz wieder entfernt wird.) — 23) Ullmann, Zur Technik der circulären Darmvereinigung. Centralbl. f. Chir. No. 51. — 24) Edmunds a. Ballance, Observations and experiments on intestinal and gastro-intestinal anastomosis. Med. et chir. Transact. Vol. 79. — 25) Wölfler, Ueber Magendarmchirurgie. Verhandl. der deutschen Gesellsch. f. Chir. — 26) Jaboulay et Brian, Sur un procédé rapide de suture intestinale. Lyon méd. No. 16. — 27) Chaput et Cornil, Sur le mode de réunion sérosereuse des anses intestinales. — 28) Chaput, Un nouveau bouton anastomotique pour les operations intestinales. Bull. de Mém. de la Société de chir. p. 746. — 29) Derselbe, Gastroenterostomie par le bouton de l'auteur. Ibid. p. 285. — 30) Wölfler, Ueber einige Fortschritte auf dem Gebiete der Magen-Darmchirurgie. Prag. med. Wochenschrift. No. 1. — 31) Terrier, M., Sur un cas de gastrocystenterostomie. Bull. et Mém. de la Soc. de chir. p. 565. — 32) Goldind Bird, C. H., Note on the after treatment of gastrostomy cases. British med. Journ. Jan. 4. — 33) v. Hacker, Fortschritte in der Chirurgie der Verdauungsorgane. Wien. klin. Wochenschrift. No. 11. 12. 13. — 34) Beaver, A new ring for use in intestinal Anastomosis. — 35) Edmunds and Ballance, Observations and experiments intestinal and gastrointestinal Anastomosis. Med. chirurg. Transactions. (Eine ganze Anzahl von Thierexperimenten über diese Fragen.)

Kader (1) empfiehlt eine neue Methode zur Anlegung von Magenfisteln, indem er nicht, wie Witzel, einen schrägen, sondern durch horizontale oder senkrechte Faltenbildung des Magens einen geraden Canal bildet. Die Schlussfähigkeit soll besser sein als bei der Witzel'schen. Marwedel (2 u. 2a) bildet einen Canal in der Magenwand selbst, indem er am obersten Theile Serosa und Muscularis incidirt und nach unten stumpf von der Mucosa abpräparirt, am untersten Theile wird auch die Mucosa incidirt, ein Drain eingeführt und Serosa und Muscularis darüber vernäht. Eine grössere Anzahl von Publicationen beschäftigen sich mit der Anwendung des Murphy'sches Knopfes. Graff (13) berichtet die guten Erfolge von der chirurgischen Abtheilung des neuen allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Eppendorf auf Grund von 27 Fällen, 16 Gastro-Enterostomien und 11 Darmresectionen. In keinem Falle war der Knopf an dem letalen Ausgang schuld. Graff kommt zu dem Endresultat, dass der Murphy'sche Knopf ein ausgezeichnetes Ersatzmittel der Darmnaht sei, leicht und schnell zu gebrauchen, bei exacter Ausführung und gutem Knopf ungefährlich, dass unangenehme Zufälle den Verlauf compliciren können, aber seltener seien, als man nach theoretischer Betrachtung annehmen sollte, und dass eine Sicherheits-Serosanaht in jedem Falle zu empfehlen sei. Kümmell (14) äussert sich gleichfalls sehr günstig über den Murphy. Die Schnelligkeit der Ausführung, die breite Vereinigung der Darm- resp. Magendarmtheile, wie sie in gleicher Weise durch eine Naht nicht zu erreichen sind, die Möglichkeit sofortiger Nahrungszufuhr und das Fehlen späterer Narbenbildung sind die wesentlichen Vorzüge der Methode, gegen die die Nachtheile, Zurückfallen des Knopfes in den Magen etc., zurücktreten.

Von französischer Seite wird dem Murphy noch grosses Misstrauen entgegengebracht und auch manche Misserfolge berichtet.

Forgues (17), Chaput (28). Dass die Methode noch nicht ideal ist, beweisen die vielfachen Versuche anderer Ersatzmittel, um neue Nahtmethoden zu erfinden. Piqué (4), Rogers (19), Jackson Clarke (20), Frank (21), Downes (22), Ullmann (23), Edmunds und Ballance (24). Jaboulay und Brian (26), Chaput (28), Chaput und Cornil (27). Von allen angeführten Methoden erscheint mir nennenswerth der neue Knopf von Chaput (28) und die Methode von Ullmann.

Chaput hat einen neuen Anastomosenknopf erfunden, hergestellt aus biegsamen Zinn; in Gestalt eines elliptischen Ringes mit einer centralen Oeffnung von 0,5 cm Breite und 3,0 cm Länge. Der Rand des Ringes ist concav ausgehöhlt mit 6 seitlichen Incisionen. Für die Technik giebt er 2 Methoden an. Nachdem der Knopf in die Lumina eingenäht ist, werden die Ränder mit den Fingern stark zusammengedrückt, darüber wird eine seröse Naht gelegt. Als Vorzug vor dem Murphy'schen Knopf giebt Chaput an, kleinerer Umfang bei grösserem Centralcanal, schnellere Ausführung, grössere Einfachheit des Apparates und weniger gefährlicher Lösungsmodus.

Ullmann (23) macht in dem zuführenden Darmende, dem Mesenterialansatz gegenüber eine 5—6 cm lange Längsincision und leitet das zuführende Darmende in sich selbst eingestülpt heraus, so dass die Schleimhaut nach aussen, das Peritoneum nach innen steht. In diesen Darm wird das abführende Darmende in seiner normalen Lage hineingezogen, so dass Peritoneum aussen und Schleimhaut nach innen steht. In dem Lumen des abführenden Fundus wird ein durchlochtes cylindrisches Stück einer gelben Rübe eingeschoben, das an seinem Mantel eine Ringfurche trägt und mit einem Catgut- oder Seidenfaden beide Därme über die Rübe ligirt, die Ligatur sitzt in der Rinne am Mantel der Rübe, und befindet sich natürlich im Darminnern, nämlich innerhalb der Schleimhaut des zuführenden Darmes. Nun werden beide Darmtheile zurückgeleitet und die Längswunde mit einigen Nähten geschlossen. Die Rübe liegt nun im Darminnern, ebenso wie die Ligatur, die Continuität wird durch den Canal der Rübe festgestellt. 2 Fälle sind gut verlaufen.

[Müller, Emil, Extraabdominale Darmresection mit fortgesetzter extraabdominaler Behandlung. Hospitals Tidende. R. 4. B. 4. p. 49.

Der Verf. hat die Darmresection in 2 Sitzungen bei einer tuberculösen Strictur gemacht. Die Erkrankung erstreckte sich über den unteren Theil des Ileum, Coe-

cum und Colon ascendens, bis einen Zoll von der Flexura coli dext. In der ersten Sitzung Laparotomie, Mobilisirung des Darmes durch Incision der Basis des äusseren Blattes des Mesocolon und Vorlegung des erkrankten Darmabschnittes. Das innere Blatt des Mesocolon wird an dem inneren Wundrand suturirt und die extraperitoneale Höhle an der äusseren Seite des Darmes wird austamponirt. Nach 6 Tagen wird extraperitoneale Darmresection gemacht, Vereinigung der Darmenden und Versenkung in die erwähnte extraperitoneale Höhle, was ohne die Peritonealhöhle zu öffnen gelingt. Vereinigung der Bauchwand, Drainage. — Reactionsloser Verlauf. Der Pat. wird geheilt entlassen.

Schaldemose.

1) Orzet, K., Experimental-Untersuchungen mit dem Murphyknopfe. Kronika lekarska. No. 13. — 2) Wotkowicz, M., Vorschläge zur Hintanhaltung bezw. Behandlung von Ventralhernien und Hängebauch. Gazeta lekarska. No. 6—12.

Orzet (1) berichtet über die Resultate von 10 an Hunden durch Maximow ausgeführten Versuchen mit dem Murphy'schen Knopfe. Es wurden sowohl Resection als auch seitliche Anastomosen gemacht, und müssen die Resultate geradezu vorzügliche genannt werden. Von den 10 operirten Hunden genasen 8 und 2mal erfolgte letaler Ausgang und zwar einmal an unabhängig von der Darmnaht entstandener Peritonitis und das andere Mal in Folge eines Fehlers in der Ausführung der Operation. Es wurde nämlich bei der seitlichen Darmanastomose der Umstand ausser Acht gelassen, dass die Darmwunde hierbei $^2/_3$ des Durchmessers des Knopfes nicht überschreiten darf, und musste die ursprünglich zu gross angelegte Wunde durch Naht verkleinert werden. In dieser Naht nun war Perforation erfolgt. Die überlebenden Hunde vertrugen die Operation sehr gut, und bekamen schon vom 3. Tage an ihr gewöhnliches Futter. Die Defäcation ging ebenfalls ganz normal vor sich und wurde der Knopf zwischen dem 3. und 12. Tage eliminirt und zwar um so später, je näher dem Magen operirt wurde. Die mehrere Wochen nach der Operation ausgeführte Section der Thiere ergab in allen Fällen eine feste, schmale circuläre Narbe. Erwähnt muss noch werden, dass in keinem Falle ausser dem Knopfe, irgend welche anderweitige Nähte angelegt wurden. Verf. enthusiasmirt sich auf Grund dieser Resultate sehr stark für dieses Verfahren.

Wotkowicz (2) bringt in seiner Arbeit eine Reihe von zum Theil sehr sinnreichen Vorschlägen behufs Behandlung der Hernien der Linea alba bezw. des Hängebauches. Hernien der Linea alba räth Verf. durch Kreuzung bezw. Ueberdachung der geraden Bauchmuskeln zu behandeln. Beide Verfahren setzen eine vorherige Beseitigung des Bruchsackes mit completem Verschlusse der Bruchpforte voraus, und besteht das erstere in einer queren Durchtrennung der medialen Hälften beider blossgelegter Recti, worauf dann die obere rechte quere Muskelwunde mit der unteren linken und die obere linke mit der unteren rechten mittels Naht vereinigt werden. An der schwächsten Stelle entsprechend der früheren Bruchpforte entsteht hierdurch ein zweischichtiger musculärer Verschluss der Bauchhöhle. Die Ueberdachung geschieht in der Weise, dass die medialen Hälften der geraden Bauchmuskeln am oberen und unteren Pole der Hernie eingeschnitten werden und die hierdurch entstandenen beiden rechteckigen Lappen einer über den anderen nach der entgegengesetzten Seite hinübergezogen werden. Zur Behandlung des Hängebauches räth Verf. in jenen Fällen, in welchen noch keine besonders hochgradige Atrophie der Bauchmusculatur vorhanden ist, die blossgelegten Recti quer zu durchtrennen und in ihren durchtrennten Hälften die distalen Theile mit einander derart zu vereinigen, dass die obere Hälfte von der unteren z. Th. bedeckt wird (Verkürzung der Muskeln), die medialen Theile dagegen in der oben beschriebenen Weise mit einander zu kreuzen.

Um die Entstehung von Brüchen in der Linea alba nach Laparotomien zu verhüten, räth Verf. in jenen Fällen, in welchen durch die Laparotomie keine besonders grosse Volumabnahme des Bauches vorauszusehen ist (z. B. Probelaparotomie) den Laparotomieschnitt durch einen der Recti hindurchzuführen, wie dies übrigens auch anderweitig bereits empfohlen wurde. Anderenfalls, wo durch Beseitigung grosser Tumoren oder dergleichen eine bedeutende Verringerung des Bauchinhaltes eintreten dürfte, räth Verf. bei der Laparotomie den Schnitt in der Linea alba zu führen und und dieselbe mit der Kreuzung der Mm. recti ev. combinirt mit Verkürzuug derselben zu beschliessen.

Trzebicky (Krakau).]

III. Darm.

A. Erkrankungen, Geschwüre, Perforationen, Fisteln, Geschwülste des Darmes.

1) Roubier, M., Perforation intestinale par compression due à un fibrome uterin. Bulletin de la Soc. de Chir. p. 487. — 2) Smith, Greig, A case of fatal haemorrhage from a stercoral ulcer of the colon complicating relief of obstruction from cancer. Lancet. June 13. p. 1644. — 3) Prire, Joseph, Surgery for typhoid perforations. The medical and surgical reporter. No. 2070. 578. (1. Fall. Abgekapselte Peritonitis mit 2 Perforationen. Naht, Drainage, Heilung. 2. Fall auch abgekapselte Peritonitis. Perforation, Naht, Drainage, Heilung. Diagnose zweifelhaft, weil Lungentuberculose. 3. Fall trotz allgemeiner häufiger Peritonitis Heilung.) — 4) Or Ferraresi, Laparatomia per peritonite da ulcera tifosa perforata resezione parziale dell intestino, la vaggio del cavo addominale, guarigione. — 5) Armstrong, On operative interference in typhoidal perforation. The Brit. med. journ. p. 162. (Zusammenstellung aller bisher bekannten Fälle 23 mit 4 Heilungen.) — 6) Hollis, A case of suture of perforated typhoid ulcer. Pathological society of London. p. 285. (In der Bauchhöhle bei der Operation Eiter, Blut und Koth. Tod an Collaps am zweiten Tage. Die Naht des Geschwürs hatte gehalten, in der Umgebung der Nähte aber beginnende Necrose.) — 7) Landerer u. Glücksmann, Ueber operative Heilung eines Falles von perforirtem Duodenalgeschwür nebst Bemerkungen zur Duodenalchirurgie. Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Chirurgie. Bd. I. S. 168. — 8) Karewski, Ueber einen Fall von Chlorzinkvergiftung nebst Bemerkungen zur Jejunostomie. Berl. klin. Wochen-

schrift. No. 50. — 9) Stephan, Vorstellung eines durch Colotomie geheilten Falles hartnäckiger Dysenterie. Ebendas. No. 1. (Anlegen eines Anus praeternaturalis im linken Hypogastrium. Behandlung von hier aus mit Wismuth, Tannin und Argentum nitricum-Spülungen. Heilung. Schluss des künstlichen Afters.) — 10) White, W. Hale and C. H. Golding-Bird, A case of membranous colitis treated by right colotomy and subsequent closure of the wound. Reprinted from vol. XXIX of the clinic. societ. Transact. (3 Tage nach Anlegen des Anus Durchspülung mit Wasser, dabei kein Schleim, kein Blut. Nach 5 Wochen Schluss des Anus. Heilung. Nach einem Monat Exitus an genereller Peritonitis. Keine Section. Im kleinen Becken war ein Tumor vorhanden. Ausgangspunkt?) — 11) Franke, F., Heilung eines Falles von Colica mucosa durch Anlegung eines künstlichen Afters. Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie. S. 279. — 12) Müller H., Ein Fall von Actinomycose des Darmes. Berl. klin. Wochenschr. No. 32. Gesellschaft der Militärärzte. (Abscess in der Iliacalgegend, Incision, Kothfistel; noch in Behandlung.) — 13) Riedel, Demonstration von Präparaten, Dünndarm, Carcinom, höchst wahrscheinlich entstanden auf dem Boden einer Darmactinomycose. Verhandl. der Gesellsch. für Chir. 25. Congr. — 14) Port, Multiple Polypenbildung im Tractus intestinalis. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 42. — 15) Wheeler, Colotomy and conditions requiring such operation. The Dublin Journ. Januar 1. (Verf. empfiehlt die Anlegung eines künstlichen Afters bei malignen Darmtumoren.) — 16) Girsky, J. v., Beitrag zur Casuistik der Dickdarmcarcinome. Inaug.-Diss. Greifswald. 1895. — 17) Braun, H., Ueber die Behandlung der Kothfistel und des widernatürlichen Afters. Archiv f. klin. Chir. Bd. 53. — 18) Senn, N., The Etiology, Pathology and Treatment of Intestinal fistula and artificial anus. The amer. journ. of obstetrics. Vol. XXX. No. 3. 1894. — 19) Arndt, C., Ein Fall von Dünndarmprolaps durch den offen gebliebenen Ductus omphalo-entericus. Archiv für Gynäkologie. Bd. 52. — 20) Chaput, Cancer du rectum et discussion sur le traitement du cancer du rectum. Bull. et mém. de la soc. de chir. 22. Juli. — 21) Reclus, Traitement des rétrécissements non cancereux du rectum par la dilatation progressive. Ibidem. p. 626. — 22) Jessett, Bowreman, A case of faecal fistula due to self mutilation occurring twice in the same patient. Treated on each occasion by abdominal section and enterectomy: 1. by Widenham Mannsells operation and 2. by Mayo Bobsons bobbin. recovery.

Landerer und Glücksmann (7) berichten über einen Fall von perforirtem Ulcus rotundum duodeni, das trotz schlechtesten Ernährungszustandes und allgemeiner Peritonitis durch die Operation (Abschluss der Perforation von der übrigen Bauchhöhle und Drainage) geheilt ist und besprechen die bisherigen schlechten Erfolge der Duodenalchirurgie, die weniger auf ungenügende Technik als auf mangelhafte Diagnose zurückzuführen ist.

Karewski (8) hat bei einer schweren Chlorzinkverätzung eine Jejunostomie gemacht. Patientin starb am 9. Tage an Pneumonie und Perforationsperitonitis von dem verätzten Magen ausgehend. Er empfiehlt zum Schluss die Anlegung der Fistel nach Analogie der Witzel'schen Magenfistel und räth die Ernährung in häufigen kleinen Portionen.

Port (14) berichtet über ein jugendliches Individuum, das zuerst ausgedehnte polypöse Wucherungen im Mastdarm hatte. Nach Exstirpation derselben vorübergehende Besserung, dann Recidiv. Tumorbildung im Becken, Anlegen eines Anus praeternaturalis, nach einiger Zeit Exitus letalis an Cachexie. Section. Polypöse Entartung des unteren Theiles des Rectum und des Pylorustheils des Magens, die sich microscopisch als Adenom ergab. Ausgedehntes zerfallenes Carcinom des Rectum, Cylinderzellen mit alveolärem Bau mit Metastasen. Verf. führt aus der Literatur Fälle an und macht auf die Neigung der Polypen des Darms zur malignen Entartung aufmerkam.

Braun (17) giebt für die Behandlung der Kothfisteln und den Schluss eines Anus praeternaturalis folgende Directive:

Wenn die Heilung nicht spontan, oder durch Cauterisation, oder mit Aetzmitteln, oder dem Thermocauter zu Stande kommt, soll die directe Darmnaht nach Ablösung des Darmes von der Bauchwand ausgeführt werden, falls dadurch keine Darmstenose zu befürchten ist. Wird auf diese Weise die Heilung nicht erzielt oder lässt sich die directe Darmnaht nicht ausführen, so soll statt der typischen Darmresection die Ablösung der fistulösen Darmschlinge, der Verschluss der einen oder der beiden dabei entstehenden Oeffnungen im Darm und die möglichst nahe an die Verschlussstelle im Darm heranreichende Entero-Anastomose oder die von ihm angegebene Enteroplastik ausgeführt werden. Er hat 18 Fälle behandelt, 6 mit directer Darmnaht, 3 mit Darmresection, 2 mit Darmresection mit Verschluss der Darmlumina und Entero-Anastomose, 2 mit Entero-Anastomose und Verschluss des Fistelganges durch Aetzung, 3 mit Entero-Anastomose nach Lösung des Darmes und Verschluss der dadurch entstandenen Oeffnung, 2 mit Enteroplastik. 17 genasen vollkommen, einer starb nach Resection an einer Stenose an der Stelle der circulären Naht.

Senn (18) unterscheidet die von Chirurgen absichtlich geschaffenen von den „accidentellen" Fisteln. Als ätiologische Momente für die letzteren behandelt er: 1. Schuss- und Stichwunden des Abdomens, 2. Darmverletzung durch stumpfe Gewalt, 3. Ulcerationen des Darmes, 4. Strangulationen des Darmes, 5. Fremdkörper im Intestinaltractus, 6. maligne Tumoren, 7. intestinale Actinomycose, 8. Becken- und andere abdominale Abscesse, 9. Appendicitis, 10. unbeabsichtigte Darmverletzungen bei Operationen etc. Er bespricht die Therapie dieser Fisteln und des Schlusses eines künstlichen Afters, bei dem er dringend die vorherige transversale Naht des Darmes vor Eröffnung der Bauchhöhle anräth.

[1) Piotrowski, J., Ein Fall von Hervortreten einer Ascaris lumbricoides durch eine behufs Entleerung eines perimetritischen Exsudates gemachte Incision. Przeglad lekarski. No. 7. (Bei einer Wöchnerin, welche bis auf einen vor Jahresfrist überstandenen Abdominaltyphus stets gesund gewesen war, wurde eine rechtsseitige eitrige Perimetritis oberhalb des Poupart'schen Bandes incidirt. Am 10. Tage nach der Operation trat aus der Wunde unter mässigen Schmerzen eine Ascaris hervor. Glatte Heilung.) — 2) Kijewski, T., Zur Casuistik der durch Contusion des Abdomens bedingten Darmperforation. Gazeta lekarka. No. 51.

Kijewski (2) berichtet:

1. Ein 22jähr. Schlosser erhielt bei Installation einer Wasserleitung durch ein geplatztes Rohr einen heftigen Stoss gegen die Bauchdecken. Es stellten sich Symptome einer Darmperforation mit Peritonitis ein, wegen der Pat. am 4. Tage in die Klinik Kosinski's aufgenommen wurde. Bei der Laparotomie fand man eine Ruptur des Dünndarmes, sowie reichlich Darminhalt in der Bauchhöhle. Es wurde ein Anus praeternaturalis angelegt, die Peritonealhöhle mit Kochsalzlösung irrigirt und mittelst Gummiröhrchen drainirt. Trotz des desolaten Zustandes vor der Operation überlebte Pat. dieselbe. Die Symptome der ac. Peritonitis waren vollständig gewichen und nur die abundante Eiterung aus der Bauchhöhle, zum Theil unterhalten durch Einfliessen von Koth in dieselbe aus dem nicht gehörig versorgten Anus praeternaturalis zehrte an dem Kranken. Da Pat., diesem Zustande überlassen, rettungslos verloren schien, wurde der Verschluss des künstlichen Afters durch Resection versucht. Leider starb Pat. am 4. Tage nach der Operation in Folge hochgradiger Inanition.

2. Der zweite Fall betraf einen 30jähr. Arbeiter, welcher durch das Schwungrad einer Dampfmaschine erfasst, zwischen dasselbe und die Wand gepresst wurde und in dieser Lage durch fast $^1/_2$ Stunde verblieb, bis seine Rettung aus dieser peinlichen Situation gelang. Das Schwungrad drückte während der ganzen Zeit die Bauchdecken gegen die Wirbelsäule. 3 Stunden nach dem Unfalle wurde Pat. in die Klinik aufgenommen und daselbst vorerst ausser einer starken Blutsuffusion der Bauchdecken keine Läsion constatirt. Am folgenden Tage mässiger Meteorismus, Singultus, hier und da Erbrechen. Diese Symptome steigerten sich langsam derart, dass am 4. Tage bereits die Diagnose einer Perforativperitonitis sicher war und die Laparotomie ausgeführt wurde. Ausser einer perforirenden, 15 cm langen Darmwunde wurden noch mehrere weitere gefunden, in denen die Mucosa erhalten war. Resection der perforirten Schlinge, Irrigation der Bauchhöhle mit Kochsalzlösung und Drainage derselben. Tod am folgenden Morgen. Verf. will das späte Auftreten der Peritonealsymptome in diesem Falle durch eine Parese des ganzen Darmes, bedingt durch die starke Contusion, erklären, indem er annimmt, dass aus dem paretischen Darme nur relativ sehr geringe Kothmengen in der ersten Zeit nach der Verletzung in die Peritonealhöhle gelangten. **Trzebicky** (Krakau).]

B. Darmverschluss.

1) Heidenhain, L., Ein Fall von innerer Einklemmung mit Achsendrehung des Darmes nach Dickdarmresection wegen Carcinoma coeci. Centralbl. für Chir. No. 49. — 2) Mintz, W., Innere Einklemmung durch Meckel's Divertikel. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 43. (Unoperirt gestorben.) — 3) Rothmann, M., Ein Fall von Dickdarmdivertikel. Berl. klin. Wochenschrift. S. 129. (Ileus, Anus praeternaturalis. Tod im Collaps.) — 4) Hefting, J. D., Een zeldzaam Geval van Darmafsluitin. Weekblad van hat Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde. No. 18. — 5) Frey, R. v., Ueber chronische Darmstenose infolge Abknickung der Flexura sigmoidea. Bruns' Beiträge zur klin. Chir. Bd. 17. (Abknickung bei abnorm starker Entwickelung der Flexur und des Mesocolons.) — 6) Radecke, Ueber einen Fall von Abknickung der Flexura sigmoidea ohne Volvulus. Inaug.-Diss. Berlin. (Abnorme Grösse der Flexur.) — 7) Budberg-Böningshausen und W. Koch, Darmchirurgie bei ungewöhnlichen Lagen und Gestaltungen des Darmes. (4 grössere Darmresectionen wegen eingeklemmter Hernie, Dünndarmvolvulus und Invagination.) — 8) Boise, Eugen, Post-operative Intestinal Obstruction. The Med. News. 18. Juli. (Ursachen seien: 1. tonischer Spasmus der Muscularis, 2. Intestinal-Paralyse, 3. Bildung von Adhäsionen, 4. Bestehenbleiben des alten Hindernisses, welches bei der Operation nicht gefunden und deshalb nicht beseitigt wurde.) — 9) Broca, Laparotomie pour invagination intestinale. Bull. et Mém. de la Soc. chir. Séance 19. Febr. (Berichtet über 2 Fälle: 1. Kind 5 Monate, am 6. Tage operirt. Exitus. 2. Kind 6 Monate, am dritten Tage operirt. Geheilt.) — 11) Buttler-Smythe, A. C., A successful case of Laparotomy for complete intestinal obstruction subsequent to an attack of Peritonitis. — 12) Calwell and Boyd, Successful Laparotomy for advanced intussusception in an infant 5 months old. — 13) Jordan, Max, Ueber Ileus, verursacht durch den persistirenden Ductus omphalo-mesaraicus. Berl. klin. Wochenschr. 13. Januar. ($19^3/_4$jähr. Pat. Operation am 4. Tage nach der Incarceration. Gangrän des Darmes. Anastomosenbildung nach Helferich. Exitus.) — 14) Knotz, Ignaz, Ein Fall von Darminvagination. Prager med. Wochenschr. 13. Febr. (29jähr. Patientin. Tumor im Rectum fühl- und sichtbar. Heilung durch hohe Eingiessungen.) — 15) Kriz, Arpád, Ein Fall von ileo-coecaler Darminvagination. Wien. med. Presse. 6. Dec. (38jähr. Patientin. Nach 4 wöchentlicher Krankheitsdauer spontane Abstossung des gangränösen Coecums und eines Theiles des unteren Ileums. Heilung.) — 16) Lund, Herbert, Three cases of intestinal obstruction. The Lancet. 11. Juli. (1. Fall. Verschluss durch einen Gallenstein. Laparotomie. Heilung. 2. Fall. 9jähr. Kind. Intussusception innerhalb des Ileum. Laparotomie. Reposition. Heilung. 3. Fall. 5monatl. Kind. Multiple Intussusceptionen. Laparotomie. Exitus.) — 17) Renton, J., Crawford, Notes of three cases of acute Intussusception in which abdominal section was perfomed, with recovery. (Fall 1. An der Ileocoecalklappe. 10monatl. Kind. Fall 2. 11monatl. Kind. Intussusception an der Flexura lienalis coli. Fall 3. 3monatl. Kind. Intussusception des Coecums.) — 18) Rydygier, Zur Behandlung der Darminvaginationen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 42. — 19) Wiggin, Frederik Holms, Infantile Intussusception, a study of the hundred and three cases treated either by intestinal distention or Laparotomy and a report of two cases. Med. Record. 18. Januar. — 20) Witthauer, K., Ueber den Ileus. Münch. med. Wochenschrift. 10. u. 17. März. (Bespricht unter Zugrundelegung von 4 Fällen [2. Heilungen, 2 Exitus] die verschiedenen Arten des Ileus, die Hülfsmittel der Diagnose, die Prognose und die Therapie. Verf. schliesst sich eng den Ausführungen Schlange's an.) — 21) Gazetta medica Lombarda. Ascesso Stercoraceo Abdominale Ano Contra Natura consecutivo (Contributo alla Casuistica) pel Nicola Galotti. The med. of surgical Report. Oct. 24. (Pat. hatte 64 Jahre lang einen Anus praeternaturalis. Starb mit 90 Jahren.) — 22) Hoeven jun., J. van der, Een Geval van Darmresectie wegens Invaginatie bij een Zuigeling door. Weekblad van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde. 6. Juni.

Heidenhain (1) berichtet einen Fall, in dem nach einer ausgedehnten Dickdarmresection mit blinder Vernähung des Colon transversum und seitlicher Implantation des getrennten Ileum in das Colon eine Achsendrehung des Ileum stattfand und eine Darmschlinge in einen zwischen freiem Mesenterialrande und dem Colonstumpf verbliebenen Spalt hineingeschlüpft war, und empfiehlt daher bei derartigen Operationen die Schliessung des Mesenterialspaltes.

Rydygier (18) berichtet über 86 Fälle, theilt die Invagination in acute und chronische. Er sah in 44 acuten Fällen 33 mal Exitus letalis (= 75 pCt. Mor-

talität); in 29 chronischen 7 mal Exitus (= 24,1 pCt. Mortalität). R. verlangt:

1. Bei acuten Invaginationen möglichst früh zur Operation zu schreiten, sobald die unblutigen therapeutischen Maassregeln, gehörig ausgeführt, ohne Erfolg geblieben sind.

2. Nach gemachter Laparotomie verdiene vor Allem die Desinvagination den Vorzug, wenn sie ohne besondere Schwierigkeiten ausführbar sei. Sind die Darmwände an einzelnen Stellen, namentlich den Umschlagstellen verdächtig, so ist ein Jodoformgazestreifen bis dahin zu leiten oder die betreffende Stelle aus der Bauchhöhle zu excludiren.

3. Wo Desinvagination nicht ausführbar ist, ist die Resection am Platze.

4. Die Anlegung des Anus praeternaturalis und die Enteroanastomose sollen bei acuter Invagination nicht ausgeführt werden; event. bei starkem Collaps der Anus praeternaturalis.

Bei chronischer Invagination soll man zuerst die unblutigen Methoden nachdrücklichst und wiederholt versuchen, aber nicht Wochen verlieren.

Die event. Operation ist in der anfallsfreien Zeit auszuführen. Nach gemachter Laparotomie ist Desinvagination zuerst zu versuchen, anderenfalls giebt die Resection der Invagination die besten Chancen.

Wiggin (19) berichtet zuerst über zwei von ihm beobachtete Fälle, die erfolgreich mit hohen Einläufen behandelt sind.

Die 103 Fälle zerfallen in:

16 durch Eingiessungen oder Gasaufblähungen behandelte und geheilte,
23 durch Eingiessungen oder Gasaufblähungen behandelte und gestorbene,
43 laparotomirte und gestorbene,
21 laparotomirte und geheilte.

W. kommt zu folgenden Schlüssen:

Die acute Intussusception ist gleich zu achten einer incarcerirten Hernie, die subacute Form einer nicht mobilen Hernie, dass Einläufe durchaus nicht ganz ungefährlich sind, dass schliesslich die Laparotomie, unter den heutigen Bedingungen und in den ersten 48 Stunden nach dem Auftreten der ersten Erscheinungen ausgeführt, die besten Chancen biete.

Hoeven (22) berichtet:

Ein $8^1/_2$ Monate alter Knabe wurde mit einem anscheinenden Prolapsus recti in die Poliklinik des Rotterdamer Kinderhospitals gebracht. Der vor dem Anus liegende prolabirte Darmtheil war $16^1/_2$ cm lang. Nähere Untersuchung ergab, dass es sich um eine Invagination handelte. Nachdem ein Repositionsversuch in Narcose und Trendelenburg'scher Beckenhochlage misslungen war, wurde zur Laparotomie geschritten. Wegen der links umgebenden festen Verwachsungen war eine Desinvagination unmöglich und wurde die Resection des invaginirten Colon descendens vorgenommen und die Darmenden durch Lembert'sche Nähte vereinigt. Dauer der Operation $1^1/_4$ Stunde. Erbrechen erfolgte nicht; weiterer Wunderlauf normal. Das Kind war nach 3 Wochen geheilt. Interessant ist bei dem Falle der selten glückliche Verlauf der ausgedehnten Darmresection bei einem erst $8^1/_2$ Monate alten Kinde; das resecirte Dickdarmstück war 35 cm lang.

[Oderfeld, H., Ein Fall von Darminvagination, Laparotomie. Heilung. Medycyna. No. 5.

Oderfeld kam in die Lage, bei einer Frau wegen einer seit etwa 4 Wochen bestehenden Invagination, welche jeder internen Medication trotzte, die Laparotomie auszuführen. Nach Eröffnung der Bauchhöhle fand er unter dem Netze den untersten Theil des Ileums, das Cöcum, Ascendens und einen grossen Theil des Transversum in das Colon descendens invaginirt. Die Spitze des invaginirten Darmes wurde noch vor der Operation vom Mastdarme aus mit dem Finger erreicht. Verf. beschloss, derart vorzugehen, wie es Rydygier auf dem XXIV. Chirurgen-Congresse empfohlen hat und zwar wurden vorerst am Halse der Invagination das Intussusceptum mit dem Intussuscipiens mittelst einiger Lembert'scher Nähte vereinigt und dann Letzteres einige Centimeter unterhalb der Naht mittelst eines länglichen 8 cm langen Schnittes eröffnet. Hierauf wurden beide Schichten des invaginirten Darmes quer durchtrennt. Da sich Verf. jedoch mit dem in das Darmlumen eingeführten Finger überzeugte, dass die Naht am Halse neben dem Mesenterialansatze nicht hermetisch schloss, so dass sie selbst für einen Finger passirbar war, entschloss er sich, den Operationsplan dahin zu ändern, dass er das abgetragene Stück des Intusussceptum im Darme seinem Schicksale überliess und den Hals der Invagination in der Ausdehnung von 15 cm resecirte und die Darmenden Ileum und Colon mittelst Naht vereinigte. Verschluss der Bauchwunde bis auf den unteren Winkel, durch welchen ein Jodoformgazestreifen eingeführt wurde. Dauer der Operation fast 3 Stunden. Nach 48 Stunden gelang es dem Verf. mit dem Finger das invaginirte Darmstück aus dem Mastdarme herauszubefördern. Dasselbe war 40 cm lang. Es erfolgte Heilung nach vorübergehender spontaner Etablirung eines widernatürlichen Afters.

Trzebicky (Krakau.)

Kaarsberg, Laparotomie und Desinvagination bei Invaginatio ileo-coecalis subchronica. Hospitals Tidende. R. 4. B. 4. p. 97. **Schaldemose.**

1) Lindh, A., Ileus-Fälle. Göteborgs läkaresällskaps förhandlingar. 1895. p. 49—53. — 2) Rissler, J., Smaller casuistical communications from St. Mary's hospital in Stockkolm. Dilatation of the colon transversum as being the cause of ileus. Laparotomy. Recovery. Hygiea. LVIII. 12. p. 659—662. — 3) Graeve, H., Ueber einige Fälle von subphrenischem Abscesse. Ibid. LVIII. 7. p. 29—55.

Lindh (1). 1. 19 j. Jüngling. Erkrankte an Erbrechen von gallenfarbiger Flüssigkeit und heftigen Bauchschmerzen gleich oberhalb des Nabels, wo er am meisten empfindlich war. Zuerst reichlicher Stuhlgang nach Clystier mit Abgang von Flatus; sodann Verstopfung und Auftreibung des Bauches. Laparotomie. Um einen Strang herum, von der vorderen Bauchwand schräge nach hinten und unten zum unteren Theile des Ileum (Diverticulum Meckelii) sich erstreckend, hatte eine Darmschlinge vom oberen Theile des Ileum, ca. 25 cm lang, sich herumgeschlagen und eingeklemmt; dieser Strang wurde durch Knoten abgetrennt und abgeschnitten. Das Gedärm oberhalb der Einklemmungsstelle stark ausgespannt; Incision. Ausleerung mehrerer Rundschalen von Faeces. Keine Gangrän. Grosse Schwierigkeit, das Gedärm zu reponiren. Status quo.

P. 160. Collaps. Tod. Section. Keine Peritonitis. Gleich oberhalb des Ausgangspunktes des Divertikels vom Darme befand sich dieser in einer Knickung (Inflexion), welche einen neuen Ileus hervorgerufen hatte. Die unterhalb des Diverticulum liegende Partie des Darmes war graulich missfarben.

2. 52jähriger Mann. Zweimal zuvor während der letzten 2 Jahre in ähnlicher Weise erkrankt, aber in je etwas mehr als 24 Stunden nach Anwendung von Laxirmitteln wiederhergestellt. Jetzt erkrankte er nach dem Abendessen mit heftigen Schmerzen im ganzen Bauche. Erbrechen nach Ricinusöl und Bitterwasser. Grosse Wasserclystiere ohne Wirkung. Bauch überall aufgetrieben, mit tympanitischem Tone. Laparotomie. Die colossal ausgespannte, stark injicirte, etwas dunkelblaue Flexura sigmoidea präsentirte sich gleich und mag ausgestreckt wohl einen Meter in der Länge gemessen haben. Sie schwenkte nach oben unterhalb des Epigastrium ab und lag in Falten in Form eines N und war 2 mal um ihre Wurzel torquirt. Keine Gangrän. Geradmachung der Torsion, Reposition der Flexur und Einführung einer Darmsonde per Rectum mit Ausleerung einer Menge von Flatus und dünnflüssiger Faeces. Zuerst Besserung, sodann Verschlechterung nach der Operation mit Erbrechen, heftigen Kopfschmerzen. Collaps. Tod. Section: Keine Peritonitis. Am Anfange der Flex. sigm. lag das Col. desc. in einem scharfen Knicke, so dass jede Passage versperrt war. Die grauschwarze Flexur lag zusammengefallen und schlaff und war deutlich vollkommen atonisch gewesen.

Rissler (2). Taubstummer Bürstenmacher, 28 Jahre alt, war bereits 1894 wegen Ileus laparotomirt worden. Zur Zeit leidet er seit 3 Tagen an heftigen Bauchschmerzen mit wiederholtem Erbrechen. Puls 60, Temp. 37,6° C. Abdomen gespannt; kein Zeichen eines freien oder abgekapselten Exsudats in der Bauchhöhle. Der Laparotomieschnitt war länger als 15 cm. R. glaubte den Magen vor sich zu haben, da der sichtbare Theil eine durchscheinende, glatte und stark gespannte Wand hatte, das Strat. musculosum derb und gleichmässig war. Nach der Punction Entweichen einer Menge Gase. Der sackähnliche Körper war das enorm gespannte Col. transversum, mit mehr denn 10 Liter Flüssigkeit, den vorderen unteren Theil der Bauchhöhle einnehmend, mit Verdrängung der übrigen Organe nach oben und hinten. Das Hinderniss war hervorgerufen durch eine einmalige Drehung der Flexura sigmoidea um ihre Axe. Die Flexur wurde redressirt und in der Lage befestigt, in welcher sie durch den Druck des dilatirten Col. transvers. sich befunden hatte (Vetium primae formationis). R. bedauerte sehr, dass er keine Anastomose zwischen dem dilatirten und irgend einem unteren Theil des Colons herstellen konnte.

H. Gräve (3) berichtet folgende Fälle:

Fall 1. 25jähriger Eisenbahnwärter erkrankte an Fieberschauern, Kopfschmerzen, Seitenstechen rechts unterhalb des Brustkorbrandes und präsentirte das classische Symptomenbild eines Empyema dextrum. Resection eines 4 cm langen Stückes der neunten Rippe zwischen den hinteren Axillar- und Scapularlinien. Aus der Pleurahöhle fliesst mindestens 0,5 l seröse Flüssigkeit aus, aber kein Eiter. Pleura überall glatt, Lunge frei, aber die Kuppel des Zwerchfelles ragt ziemlich hoch in die Pleurahöhle empor und auf ihrer höchsten Wölbung, ungefähr 6—7 cm von der Resectionsstelle gelegen, aber der Brustwand bedeutend näher, in der vorderen Axillarlinie, palpirte G. ein weiches, ungefähr thalergrosses Gebiet. Drainage mittels eines Tampons aus in kochendem Wasser sterilisirter Gaze. Er bekam nicht Empyem. Heilung.

Fall 2. 5jähriger Knabe. Nachdem er 6 Wochen früher das Scharlachfieber durchgemacht hatte, erkrankte er heftig mit Schmerzen im Bauche, Erbrechen und Verstopfung. Nach 3 Tagen bekam er Stuhl, die Spannung im Bauche nahm ab, aber er magerte ab, litt viel, der Harn war sehr reich an Eiweiss und er fing an zu husten und an Peritonitis zu leiden, spürte aber Linderung nach wiederholten dünnen Stühlen. Nach noch 2 Tagen bot er Symptome einer allgemeinen Bronchitis mit Pneumonie im rechten untersten Lungenlappen rückwärts. Sodann hatte er während eines Monates Fieber von unregelmässig remittentem Character (T. 40—39° C.), spürte aber sonst allmälige Besserung. Ptosis oder Vergrösserung der Leber. Unbedeutende Menge freier Flüssigkeit in der Peritonealhöhle. In der rechten Axillarlinie ziemlich starke Dämpfung, in den matten Leberton übergehend. Statt dieser Dämpfung bekommt man klaren Lungenton, wenn der Kranke sich mehr vornüber auf seine linke Seite legt. Bei Punction auf dem kleinen gedämpften Gebiete in der Axillarlinie, wo das Respirationsgeräusch bedeutend abgeschwächt war, erhielt G. Eiter. Diagnose: Abscessus subphrenicus. Resection eines 3 cm langen Stückes der neunten Rippe in der Axillarlinie. Festlöthung der Pleura costalis mit der Pleura diaphragmatica. Bei Punction durch das Zwerchfell wurde Eiter erhalten. An Stelle des Troicarts wurde ein Drainrohr eingelegt. Bedeutende Eiterabsonderung. Heilung.

Fall 3. 24jähriger Arbeiter. Vor drei Jahren Syphilis. Nach äusserer Gewalt auf der linken Seite der Lendengegend sowie in der Magengrube u. s. w. spürte er daselbst Empfindlichkeit und Schmerzen und wurde paraplegisch, mager, kraftlos und schwitzte sehr viel. An der linken Seite des Rückens nach oben zwischen den Schulterblättern erstreckte sich längs des M. extensor dorsi eine Anschwellung mit undeutlicher Fluctuation und Empfindlichkeit für Druck. Bei Punction erhielt G. aus der Tiefe einen dicken, rothgrauen Eiter. Rechts von den unteren Brustwirbeln noch eine hühnereigrosse Anschwellung. Incisionen. Unbedeutendes Fieber. Er konnte allein stehen, magerte aber fortdauernd ab. Er litt an Deglutitionsbeschwerden sowie Schmerzen in der Magengrube, Uebelkeiten und Erbrechen sowie Dyspnoe. Der Stoss der Herzspitze wurde palpirt im dritten Intercostalraume in der Mammillarlinie und die unteren Grenzen der beiden Lungen befanden sich höher hinauf wie gewöhnlich. A. T. 39,6—40° C. Schleimhusten. Athemnoth. Entzündung der beiden Schultergelenke, sonst Besserung. Collaps mit plötzlichem Tode. Section: Zwischen dem Zwerchfelle, dem linken Leberlappen, dem cardialen Theile der Wand des Magensackes und der Milz findet sich eine von diesen unter einander zusammengelötheten Organen gebildete, unregelmässige Höhle, welche eine dickflüssige, graurothe, trübe, mit Blutkuchen vermischte Flüssigkeit enthält. Diese Höhle setzt sich in die Leber fort, von der fast der ganze linke Lappen und eine angrenzende birngrosse Partie des rechten Leberlappens ebenfalls in Höhlen, die theils flüssiges Blut, theils Blutkuchen enthalten und deren Wände von zerfetzter Lebersubstanz begrenzt werden, aufgegangen sind. Diese Höhlen communiciren auch mit der Bauchhöhle. Zwischen den ausgespannten Gedärmen und der vorderen Bauchwand, liegt ein grosses, zusammenhängendes, dunkelroth gefärbtes, weiches Blutcoagulum, in der linken Hälfte der Bauchhöhle vom unteren linken Brustkorbrande bis zum Beckenboden reichend. Uebrigens enthalten sowohl die Bauch- wie die Beckenhöhlen eine blutfarbige, dünnflüssige, nicht flockige Flüssigkeit, auf welchen die von Gas aufgetriebenen Gedärme schwimmen. Das extravasirte, flüssige und coagulirte Blut beträgt ca. 1,5 l.

Fall 4. 23jähriger Knecht. Durch unvorsichtige Hantirung einer Flinte brannte der Gewehrschuss ab und der Hagelschwarm traf ihn in die rechte Seite, ungefähr drei Querfinger oberhalb des Brustkorbrandes in

der mittleren Axillarlinie, wo er eine complicirte Rippenfractur bewirkte. Es entstand ferner ein Abscess mit Absonderung einer stark gelblichen, schleimigen, etwas übelriechenden Masse sowie Pyopneumothorax. Resection von 4 cm der neunten Rippe in der Scapularlinie und Entleerung von ca. 3 l dicken, stinkenden, nicht gashaltigen Eiters. Das Zwerchfell war abnorm hervorgebuchtet und weich. Durch bohrende Bewegung des Fingers öffnete G. eine beinahe faustgrosse, buchtige, vom Zwerchfelle, von der Brustwand und zerfetzter Lebersubstanz begrenzte Eiterhöhle, vom Empyem durch das Zwerchfell getrennt und ohne besondere Communication mit diesem. Im hinteren Theile dieser Höhle lagen eingesprengt und wurden herausgeschafft theils 5 Hagel, theils ein paar kleinere Knochensplitter und ungefähr 10 kleine Holzsplitter. Seitenstechen links mit schwerer Athemnoth und klarem, serösem Exsudat und bisweilen sehr hohem, unregelmässigem, remittirendem Fieber. Empyema pleurae sin. Heilung.

Fall 5. 39jähriges Käthnerweib. Bei der Exstirpation eines vielkammerigen Cystoms mit ziemlich kleinen Cystaräumen und sehr zähem Inhalte sowie mehreren soliden Geschwulstpartien steckte G. einen grossen, trockenen Tampon aus in kochendem Wasser sterilisirter Gaze wegen profuser Blutung in die Geschwulst hinein. Beim Emporheben und Herauspressen der Geschwulst aus der Bauchhöhle glitt der Tampon aus und sank zurück nach oben gegen das rechte Hypochondrium. Incision in die Linea axillaris unterhalb des Brustkorbrandes durch das Peritoneum, wobei ein graurother, fäcalriechender Eiter (nebst Gasblasen) in sehr grosser Menge herausströmte. Zu- und ab- und wiederum zunehmendes Fieber. Pneumonia acuta dextra lobi intimi. Decubitus. Icterus universalis levis. Subpleurale Resection eines 4 cm langen Stückes aus der neunten rechten Rippe in der vorderen Axillarlinie. Nach Durchschneidung des Zwerchfelles kam G. in eine zwischen diesem und der Leber gelegene platte Höhle hinein, welche durch einen engen Gang mit dem Bauchabscesse communicirte und, wie es schien, über die ganze freie obere Fläche des rechten Leberlappens sich erstreckte. Sie enthielt eine unbedeutende Menge von Eiter sowie Gas. Eine fibrinopurulente, dünne Membran deckte die obere Fläche der Leber, welche abscessfrei war. Fieber bis zu 40° C. Er wurde vollkommen gesund und arbeitsfähig.

Fall 6. 33jähriger Frohnbauer. Nach anstrengender Arbeit draussen im Walde bei tiefem Schnee erkrankte er an Ileus-Symptomen. Fieber. Schmerzen im Epigastrium und nach der linken Seite zu. Der untere Theil der linken Brustkorbhälfte nimmt an der Respiration weniger als der rechte Theil, woneben der angrenzende Theil des Epigastrium und das linke Hypochondrium gelinde hervorgebuchtet sind. Bei Druck auf die vorderen Enden der linken unteren Rippenzwischenräume, welche weniger ausgeprägt als die entsprechenden rechten sind, sowie auf die Bauchwand unterhalb des linken Rippenrandes, beinahe bis zum Nabel herab, zeigt Pat. heftigen Schmerz, aber der Percussionston ist oben darüber tympanitisch. Laparotomie. Grosser Abscess, ungefähr 1 l fäcalriechenden, gasvermischten Eiter enthaltend und begrenzt nach unten von einer Linie, in gleicher Höhe mit den X. Rippenknorpeln, nach vorne von der Bauchwand und der mit dieser zusammengewachsenen Curvatura major ventriculi, nach oben vom Diaphragmagewölbe, nach hinten von der Magenwand ohne entdeckbare Perforation. Nach innen geht der Abscess bis zur Mittellinie. Heilung. **A. Fr. Eklund** (Stockholm).]

C. Darmausschaltung.

1) Narath, Die operative Behandlung der Dünndarmgenitalfisteln mit besonderer Berücksichtigung der Darmausschaltung. Langenbeck's Arch. f. klin. Chir. Bd. 52. Heft 2. — 2) Obalinsky, Noch einmal zur totalen Darmausschaltung mit vollständigem Verschluss. Centralbl. f. Chir. No. 34. — 3) Eiselsberg, Weitere Beiträge zur Casuistik der Darmausschaltung. Wien. klin. Wochenschr. No. XII, XIII u. XIV. — 4) Lührs, Totale Darmausschaltung. Münch. med. Wochenschr. No. 33.

Narath (1) giebt im ersten Theil seiner fleissigen Arbeit eine fast erschöpfende Uebersicht über Genese und operative Behandlung der Dünndarmgenitalfisteln; im zweiten bespricht er die von Salzer empfohlene Darmausschaltung an der Hand aller bisher bekannten Fälle (17) und kommt zu dem Schluss, dass bis jetzt kein sicherer Beweis vorliege, dass ein krankes, total ausgeschaltetes und allseits verschlossenes Darmstück auch wirklich vom Hauptdarm isolirt geblieben ist, und dass bei primärer vollständiger Vernähung des kranken Darmstückes schwere Symptome auftreten, so dass ein derartiger Eingriff als zu gefährlich zu verwerfen sei. In solchen Fällen wäre es richtiger, in dem ausgeschalteten Theile eine Darmfistel anzulegen, die vielleicht später geschlossen werden könne.

Obalinsky (2) bestreitet die Gefährlichkeit der Ausschaltung mit vollkommener Versenkung auf Grund seines Falles, bei dem er das versenkte ausgeschaltete Stück nach 2 Jahren bei einer zweiten Bauchbruchoperation geschrumpft wiedergesehen hatte, und auf Grund eines Sectionsprotokolles von Friele-Norwegen, der den kranken Darm ausgeschaltet und versenkt hatte und bei der Autopsie nach 3 Monaten das Darmstück auch geschrumpft mit nur wenig Secret wiederfand.

Eiselsberg (3) steht mehr auf dem Standpunkte Narath's, er theilt zwei weitere Fälle mit und bespricht an der Hand einiger Fälle die Indicationsstellung für Darmresection, Darmausschaltung und Anlegen eines Anus praeternaturalis.

Lührs (4) publicirt zwei Fälle Wiesinger's von totaler Ausschaltung, von denen der eine partiell, der andere total occludirt wurde, mit gutem Erfolg.

IV. Erkrankungen des Processus vermiformis.

1) McArtney, W. N., Appendicitis from the medical standpoint. Medical Record. May 2. p. 614. (Kommt zu folgenden Schlusssätzen: 1. Die Symptome der Appendicitis sind oft unbestimmt: meist die einer nahe dem Wurmfortsatz localisirten Peritonitis. 2. Diese Peritonitis ist nicht gefährlich aber langandauernd. 3. In nichtoperativen Fällen soll man für Bildung eines plastischen Exsudats und fester Adhäsionen sorgen. 4. Gefährlich sind die „fulminant cases", in welchen keine „warnende Peritonitis" existirt. 5. Die Opiate thun mehr als bloss coupiren; die Fälle von Heilung unter dieser Behandlung sind durchaus nicht ausserordentlich selten.) — 2) Beck, Carl. Zur Therapie, insbesondere dem Werth der Frühoperation bei der Entzündung des Processus vermiformis. Berl. klin. Wochenschr. 21. u. 28. Sept. (Beschreibt zuerst seine Technik und spricht sich dann sehr warm für die Frühoperation aus.) — 3) Bishop, E. Stanmore, A case of appendicitis; acute abscess; perforation; operation; recovery. The Lancet. Dec. 19. — 4) McBurney,

Charles, The treatment of appendicitis. Medical News. No. 24. („Wir kennen noch keine primäre Ursache für die Erkrankungen des Appendix." „Die Frage des geeignetsten Zeitpunktes der Operation muss von Fall zu Fall entschieden werden." „Wer zwei Anfälle gehabt hat, bekommt sicher den dritten.") — 5) Cohen, G., Bemerkungen über Perityphlitis. Deutsche med. Wochenschrift. Oct. 29. (Sein Standpunkt: Für die häufig recidivirenden Perityphlitiden ist die Operation in der anfallsfreien Zeit durchaus berechtigt und segensreich. Die Indication für ein chirurgisches Eingreifen im Verlauf einer acuten Perityphlitis lässt sich nicht schablonisiren. Massagebehandlung hat C. in seltenen Fällen [Appendicitis simplex Sonnenburg] mit Erfolg angewandt.) — 6) Delore, M. X., Appendicite avec abces gazeux. Lyon. med. May 24. (Incision an classischer Stelle. Heilung.) — 7) Delorme, M., Perforation de l'appendicite consécutive a un traumatisme de l'abdomen par coup de pied de cheval. Bullet. de la société de chir. séance. 24. Juin. (Laparotomie. Exitus. Stein im Appendix.) — 8) Elder, George, Notes of three cases of appendicitis. Lancet. Octob. 10. (Fall 1. „Catarrh. append.": interne Behandlung. Heilung. Fall 2. „Recurrent app.": Resection. Heilung. Fall 3. „Infective app.": Spaltung eines Abscesses. Drainage. Heilung.) — 9) Elliot, J. W., A modification of the McBurney incision for appendicitis. Boston med. and surg. Journ. Oct. 29. — 10) Février, Ch., Deux observations d'appendicitis operées à froid. Société de chirurg. séance. Decbr. 11. (2 Fälle von Heilung.) — 11) Furner, Willoughby, Two cases of general peritonitis following gangrenous appendicitis; Laparotomie; Removal of appendix. Lancet. 7. Novbr. (Fall 1. Resectio appendicis. Toilette der Bauchhöhle. Drainage. Heilung. Fall 2. Resection append. Toilette der Bauchhöhle. Keine Drainage. Heilung. Später Ileus und Exitus. — 12) Gersuny, Wann operiren wir bei Appendicitis? Wiener med. Presse. No. 46. (In Fällen von allgemeiner Peritonitis nach Berstung eines Abscesses darf man keinen Augenblick zögern. Schlusssatz: „In Fällen, wo die Hoffnung auf spontane Heilung geringer wird, dürfen wir operiren; in den Fällen, wo imminente Gefahr vorhanden ist, müssen wir operiren.) — 13) Goemann, Ueber die Behandlung der Perityphlitis. Inaug.-Diss. Halle a. S. — 14) Guntermann, P., Appendicial abscess opened through the vagina. Med. News. Febr. 1. (Heilung.) — 15) Hurd, E. P., A case of appendicitis of the rapid, fulminant kind; early operation; use of Mixter's tube; Recovery. Bost. med. and surg. Journ. Nov. 26. — 16) Jalaguier, Appendicite infectieuse compliquée de péritonite, traitée avec succès par la resection de l'appendice. Bull. de société de chirurg. Juin 26. — 17) Klemm, Ueber Blinddarmentzündung. St. Petersb. med. Wochenschr. No. 11. (Ein grosser Theil heilt bei der exspectativen Therapie völlig und dauernd. Nur bei drohenden Complicationen oder wenn von Anfang an schwere Symptome vorhanden, dann operiren. Bei recidivirenden ist Operation vorzuschlagen für die anfallsfreie Zeit. Bei acuten Fällen wird operirt: 1. Bei der Entstehung extraappendiculärer Eiterung, 2. in Fällen, wo es wahrscheinlich ist, dass die Ernährungsstörungen auf der Schleimhaut des Proc. vermiform. progredient sind, 3. bei Perforation des Appendix und septischer Bauchfellentzündung. Das ideale Ziel ist stets die Resection des Proc.) — 18) Kümmell, Ueber die pathologisch-anatomischen Veränderungen des Proc. vermiform. bei Perityphlitis. Wien. med. Wochenschr. No. 23, Schluss zu No. 22. (Beschreibung von 51 Fällen.) — 19) Lane, W. Arbuthnot, The milder varieties of appendicitis. Lancet. July 25. — 20) Lauenstein, Erfahrungen über Perityphlitis. Mittheil. aus den Grenzgebieten der Medicin u. Chirurg. Bd. X. (1. 1—3 Fälle, rein medicamentös, diätetisch, behandelt. Heilung. 2. Fall 4—6 [„complicirte Fälle"] operirt. Exitus in 2 Fällen. 3. Fall 7—10 [„allgemeine Perforationsperitonitis, sub finem incidirt"] sämmtlich exitus. 4. Fall 11—25 [„Fälle von Abscess, durch Eröffnung behandelt"] sämmtlich geheilt. 5. Fall 26 bis 37 [„Fälle von chronischer Appendicitis, behandelt mit Laparotomie und Exstirpation"] sämmtlich geheilt. Daran anschliessend epikritische Bemerkungen: Probepunction empfohlen, vorsichtig ausgeführt. Wenn Abscess vorhanden ist, stets incidiren.) — 21) Marchand, Appendicite par corps étrangers. Soc. de chir. Juillet 3. — 22) Meyer, Willy, When shall we operate for appendicitis. Med. Rec. Febr. 29. (M. theilt die Appendicitis ein in: 1. appendicitis acute perforative [gangrenous] — app. acutissima, 2. appendicitis acute, 3. subacute, chron. recurrent appendicitis. Resumé: 1. In Fällen diffuser perforativer Appendicitis sofort operiren. Beste Chancen, wenn innerhalb der ersten 12 Stunden operirt wird. Nur sehr ausnahmsweise Heilung ohne Operation beobachtet. 2. Bei acuter App. sorgfältigste Beobachtung, wenn der Puls 100 übersteigt, dann Operation indicirt. 3. In subcutan recidivirenden Fällen stets Entfernung.) — 23) Millard, F. R., After-treatment of appendicitis. Medical and surg. Report. April 25. — 24) Monod, Contribution à l'études des appendicites. Soc. de chirurg. Juillet 10. — 25) Morris, Robert P., Notes on appendicitis. Medic. Record. Dec. 26. — 26) Moyniham, B. G. A., Case of acute perforative appendicitis followed by septic peritonitis, abdominal section; recovery. Lanc. Dec. 26. — 27) Page, Herbert W., Cases illustrating the discurses and the surgery of the appendix vermiformis. Ibidem. March 7. (1. Fall. Acute Abscessbildung durch Perforation des Proc. vermif. Spaltung; im Abscess ein Concrement, schnelle Heilung. 2. Fall. Acute Abscessbildung in Folge perfor. Proc., Symptome allgemeiner Peritonitis. Incision. Drainage. Heilung. 3. Fall. Acuter Abscess nach perfor. Proc. [Symptome eines perforirten Magenulcus]. Operation. Exitus. 4. u. 5. Fall. Appendicitis recidiv. Resection, Heilung.) — 28) Piard, Emile, Des suppuration à distance dans l'appendicite. — 29) Poncet, Pathogénie de l'appendicite. Gaz. hebdom. de medic. et Chirurg. Mai 28. — 30) Pozzi, S., Sur l'appendicite. Il progrès medic. Mai 9. (1. Die verschiedenen klinischen Typen [acute, subacute, perforirende Form etc.] verdienen getrennt zu werden vom symptomatischen Gesichtspunkt. 2. Vom prognostischen aus berühren sie sich: Jede kann zur Perforation führen; wenn diese auch heilt, giebt es fast immer Recidiv. 3. Stets operiren ohne Verzug.) — 31) Reed, R. Harvey, Some practical reasons for early operation in appendicitis. Medical News. May 9. (1. Der Proc. vermif. ist ein nutzloses Rudiment. 2. Auch der gesunde Wurmfortsatz ist ein gefährlicher Theil des Intestinaltractus und kann seinem Besitzer jederzeit Unheil bringen. 3. Die Entfernung des gesunden Proc. vermif. ist nicht gefährlich.) — 32) Robson, Mayo, A series af cases of appendicitis associated with general peritonitis together with other cases of appendicitis operated on within the year. Decemb. 19. The British Medic. Journ. (R. empfiehlt Operation auf jeden Fall; er unterscheidet: a) app. catarrhalis, b) app. suppurativa, 1. ohne Perforation, 2. mit Perforation, 3. mit Gangrän ohne Perforation; unter 20 operirten Fällen 1 Todesfall.) — 33) Siegel, Die Appendicitis und ihre Complicationen. Mittheilung. aus den Grenzgebieten. (S. unterscheidet: 1. die nicht eitrige App. a) Die nicht adhäsive, b) die adhäsive Form. 2. Die eitrige App. 3. Die acute Gangrän des Proc. vermif. Schwierigkeit der Diagnose in leichteren Fällen. S. behauptet, dass dauernde Spontanheilung bei grösseren Abscessen ein seltenes Ereigniss sei. Recidivirender P. müsse stets operativ behandelt werden. Operationsmethode: Schnitt durch dem Mc. Burney'schen Punkt. Stumpf wird ins Coecum eingestülpt. In allen Fällen von eitriger Appendicitis mit

oder ohne diffuse Peritonitis Drainage, kein Glasdrain.) — 34) Sonnenburg, Ueber Operationen am Processus vermiformis. Verhandlung. d. Deutsch. Gesellschaft f. Chirurgie. (Scheinbar geringfügige Veränderungen des Appendix können schwere Symptome machen. S. illustrirt den Verlauf und die Entwickelung der Erkrankungen des Processus vermif. durch einige characteristische Beispiele und Abbildungen. Gruppe I. Der Wurmfortsatz selber wenig verändert, ausgedehnte flächenartige Verwachsungen. Im Innern desselben Schleim, keine Geschwüre oder Kothsteine. Gruppe II. Hochgradige Veränderungen [Hypertrophie, Starrwandigkeit. Knickungen]. Geringe Verwachsungen mit der Umgebung; manchmal mit dem Netz. Gruppe III. Chronisch entzündete und verdickte Wurmfortsätze mit Kothsteinbildung im Innern. Gruppe IV. Empyem des Wurmfortsatzes. Gruppe V. Appendicitis simplex mit Complicationen. Gruppe VI. App. perforativa purulenta mit circumscripter Peritonitis. Gruppe VII. App. perforativa mit Complicationen. Die Therapie. Keine Schablone. Entscheidung von Fall zu Fall. Das günstigste Feld für Operation die Fälle von App. simplex, ferner App. perforativa mit abgekapseltem Abscess.) — 35) Stubbs, H. T., Three operations for appendicitis, one with a peculiar and fatal complication. The medical and surg. Report. June 20. — 36) Warren, J. Collins, A record of the technique of operation for appendicitis from the standpoint of personal experience. Boston medical and surg. Report. Octob. 29. (12 Fälle acuter Appendic., davon 2 Todesfälle, 3 Fälle recidivirender, Resection während der anfallsfreien Zeit. Heilung.) — 37) Watson, Francis S., Cases of abdominal surgery occurring in the first surgical service of the Boston City Hospital during the four mouth's summer service of 95. Ibidem. Sept. 17. (Fall 32 — Fall 42. Davon 1 Todesfall.) — 38) Piqué, Rapport sur un travail de Mons. Chevassu intitulé: Péritonite suppurée enkystée consecutive à une appendicite perforante survenue pendant la convalescence d'une scarlatine. Bull. de Chirurg. 11. März. (Berichtet über 2 Fälle von Res. proc. vermif. in der Reconvalescenz nach Scharlach. Incision nach Roux bei beiden. Bei einem ist der Wurmfortsatz von einem Abscess umgeben. Der untersuchte Eiter enthielt Bact. coli und Streptococcen, beim anderen ist ein Kothstein in Kirschkerngrösse gefunden. Heilung.)

[Flodenus, Björn, Fall von acuter gangränöser Appendicitis mit Perforation des Appendix, eitrige Periappendicitis und diffuse sero-fibrinöse Peritonitis. Laparotomie mit Exstirpation der Appendix. Heilung. No. 35 der Mittheilungen aus der medicinisch-chirurgischen Klinik an der Universität zu Upsala. (Upsala läkareförenings förhandlingar. Neue Reihe. 1. Bd. 6. u. 7. H. p. 375—392).

25 jähriger Bauernsohn. Nach einer zwei-meiligen Reise in offenem, schüttelndem Wagen bei kalter Witterung erkrankte er, nachdem soeben vollkommen normalen Stuhl gehabt hatte, ziemlich plötzlich mit heftigen Bauchgrimmen, in der Nabelgegend am meisten ausgeprägt, jetzt wurde die Rückfahrt in derselben Weise vorgenommen. Sodann fror ihn, aber er hatte kein eigentliches Fieberschütteln. Erbrechen mit bedeutend vermehrtem Schmerz und Empfindlichkeit im Bauche, fortdauernd am meisten rings um den Nabel herum. Häufige Uebelkeit. Die Schmerzen localisirten sich jetzt vorzugsweise an der rechten Seite des Bauches unterhalb des Brustkorbrandes, aber der ganze Bauch war hochgradig empfindlich. Bedeutende Mattigkeit und Cyanose, besonders im Gesicht. Ziemlich geistesstumpf. Temperatur 38,7° C.; Puls ziemlich gross, regelmässig, 96; Resp. oberflächlich, 26. Albuminurie (5 pM.). Laparotomie (Lennander) 100 Stunden nach dem Anfange der Krankheit und 50 Stunden, nachdem sich eine mehr diffuse Empfindlichkeit eingestellt hatte. Querschnitt durch den M. rectus dext. im horizontalen Nabelfeld mit Verlängerung in der Mittellinie 8 cm nach unten, wobei ungefähr 1 l etwas trüber, jedoch seröser Flüssigkeit ausfloss. Lebhafte Injection und Ausdehnung der Dünndärme bis zur Dicke eines Armes. Punction sowohl des Dünndarmes wie des Dickdarmes. In der peri-appendicitischen Eiterhöhle wurde ein länglicher Fäcalstein vom Volumen einer Erbse angetroffen. Der nahe an seiner Spitze gangränöse und perforirte Appendix wurde amputirt, 1 cm vom Coecum, wobei eine Klemme auf dem Mesenteriolum zurückgelassen wurde. Nach 4 Tagen Incision in der Ileocoecalgegend, um bessere Drainage des Infectionsherdes zu erhalten. Die Nachbehandlung beabsichtigte hauptsächlich den Kranken zu stimuliren und zu ernähren und die Infectionsstoffe aus dem Körper baldmöglichst zu eliminiren.

A. Fr. Eklund (Stockholm).]

V. Leber und Gallenwege.

a) Erkrankungen der Gallenblase und Gallengänge.

1) Barker, Three cases of operation on the gallbladder. The Lancet. Jan. 25. (Heilung in allen 3 Fällen.) — 2) Baudouin, Une nouvelle opération sur les voies biliaires intra-hépatiques: La Cholangiostomie. Le Progrès médical. 25. Avril. — 3) Derselbe, Une nouvelle opération sur les voies biliaires: La Cysticotomie. Ibidem. 25. Juillet. — 4) Bolognesi, Traitement chirurgical des maladies du foie et des voies biliaires. Bull. gén. de thérap. CXXX. 5. 6. 8. CXXXI. 1. (Behandelt einzelne Operationsmethoden.) — 5) Braun, Die operative Behandlung der Steine im Ductus choledochus. Inaug.-Dissert. Göttingen. — 6) Brown, Some of the difficulties of diagnosis in hepatic disease. The British Med. Journ. Febr. 1. — 7) Chaput, Un cas de cholécysto-entérostomie; résultats éloignés. Bull. med. de la soc. de chir. 29. Janvier. — 8) Davis, Obstruction of bowel by a large gall-stone. Medical News. Feb. 22. (Spontaner Abgang. Heilung.) — 9) Étienne, Forme pyosepticémique du cancer du canal cystique. Arch. gén. — 10) Fenger, Stones in the common duct and their surgical treatment. The american journal. Feb. — 11) Harrington, Intestinal obstruction from a large gall-stone: operation, recovery. Boston med. and surg. Journ. Vol. CXXXV. 9. — 12) Hollowbush, Two contributions to the surgery of the gall bladder. Med. Record. Oct. 10. — 13) Jeannel, Contribution au traitement chirurgical de la lithiase biliaire. Arch. prov. de chir. T. V. — 14) Kehr, Ein Rückblick auf 209 Gallensteinlaparotomien mit besonderer Berücksichtigung gewisser, anderweitig selten beobachteter Schwierigkeiten bei 30 Choledochotomien. Arch. f. klin. Chir. Bd. 53. Heft 2. — 15) Lejars, Un fait de cholédochotomie. Gaz. hebdom. de méd. et de chir. No. 44. (Heilung.) — 16) Lilienthal, The surgical treatment of gall-bladder disease illustrated by three cases. Med. Record. March 7. — 17) Michaux, Discussion sur la lithiase de la vésicule biliaire. Bull. Med. de la Soc. de chir. 6. Mai. — 18) Page, Four cases of gall stones. The Lancet. Dec. 5. (Operation und Heilung in allen 4 Fällen.) — 19) Petit, Thérapeutique chirurgicale des angio-cholécystites non calculeuses. Gaz. hebdom. de méd. et de chir. No. 76. — 20) Robson, Varieties of intestinal obstruction dependent on gall-stones. Med. chir. transact. Vol. 87. — 21) Roper, Two unusual cases of gall-stones, with cholecystotomy. The Lancet. Aug. 22. — 22) Routier, Discussion sur les interventions chirurgicales dans la lithiase biliaire. Bull. med. de la soc. de chir. Mai 20. — 23) Schütz, Zur Casuistik des Hydrops cystidis felleae. Wiener medic. Presse. No. 13. — 24) Schwartz

Discussion sur la lithiase biliaire. Bull. med. de la soc. de chirurg. Mai 13. — 25) Shettle, A case of cholecystectomie; recovery. The Lancet. Nov. 14. — 26) Staub, Divertikelbildung der Gallenblase, Cystotomie mit partieller Resection der Blasenwand. Schweiz. Corr.-Blatt. 1. — 27) Tilmann, Empyem der Gallenblase. Gesellschaft der Charité-Aerzte. Berl. klin. Wochenschr. No. 12. — 28) Török, Ein Fall von Cholelithiasis geheilt durch Cholecystectomie. Wiener klin. Wochenschrift. No. 45. — 29) Tressider, Case of repeated cholecystotomy. The Lancet. April 18. (Dreimalige Operation, Heilung.) — 30) Tuffier, Lithiase de la vésicule biliaire et cholécystotomie. Gaz. hebdom. de méd. et de chir. No. 25. — 31) Derselbe, Discussion sur la lithiase biliaire. Bull. med. de la soc. de chir. 27. Mai. — 32) Villard, Calcul du cholédoque; obstruction duodénale par adhérences péritonéales; cholécystotomie. Lyon med. No. 33. — 33) Vissering, Ein Fall von Thorax-Gallenfistel mit Entleerung eines Gallensteines per vias naturales und nicht tödtlichem Ausgange. Münch. med. Wochenschr. S. 567. — 34) Wardle, A case of cholecystotomie; a remarkable gall stone. Brit. med. journ. Febr. 15. — 35) Williams, A case of dropsy of the gall-bladder: cholecyst-enterostomy: death. Ibidem. Jan. 25. — 36) Wyttenbach, Ein Fall von Cholelithiasis. Schweiz. Corresp.-Blatt. — 37) Gazette Hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie. 16. Juli. Ictère, coliques hépatiques subintrantes cholécysto-duodénostomie, guérison. Par Mr. le Pierre Delbet Prof. agrégé, chirurgien des hopitaux. (Fall von Cholecystoduodenostomie, kein Stein. Adhäsionen. Heilung.)

Die meisten vorliegenden Arbeiten, zumal der englischen Literatur, sind casuistische Mittheilungen, von denen einzelne bemerkenswerther Art sind. Tilmann (27) bespricht einen von Bardeleben operirten Fall von Empyem der Gallenblase, welches sich bei der Operation in Folge Ruptur der Blasenwand in die Bauchhöhle entleerte. — Bei einer sehr cachectischen Patientin (Schütz [23]) wurden nach Curettement und Dilatation einer von einem operirten Leberabscess zurückgebliebenen Fistel im Verlauf weniger Wochen nahezu 100 Gallensteine herausbefördert. — Wyttenbach (36) hat einen Fall von Cholelithiasis behandelt, bei dem sich durch eine Fistel im Nabelring, ohne dass es zu einer Abscessbildung kam, spontan 28 Gallensteine entleerten. — In einem Fall von Vissering (33) brach ein Gallenblasenempyem nach dem rechten Pleuraraum durch. Im Anschluss daran entwickelte sich eitrige Pleuritis. Durchbruch in die Lunge und Lungenabscess, in dessen Gefolge die angesammelte Eiter- und Gallenmenge nebst einem Gallenstein in einen grösseren Bronchus gelangte, und ausgehustet wurde. — Török (28) exstirpirte in einem Falle von Cholelithiasis mit Gallenblasenempyem die Blase wegen Erkrankung der Blasenwand und Stenose des Ductus cysticus. — Staub (26) führte bei Divertikelbildung der Gallenblase die partielle Resection der Blasenwand aus. — In einer grösseren Monographie, sowie in einer kurzen Abhandlung bespricht Kehr (14) die chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit an der Hand von 209 von ihm ausgeführten Gallensteinlaparotomien. Er hatte eine Mortalität von 8 pCt. 30 mal führte er die Choledochotomie aus mit einer Mortalität von nur 6,6 pCt., während die Sterblichkeit bei dieser Operation sich sonst auf 31 pCt. belief. — Eine Zusammenstellung von 216 in der Literatur erwähnten, operativ behandelten Fällen von Verlegung des Ductus choledochus durch Steine, mit einer Besprechung der verschiedenen Operationsmethoden giebt Braun (5) in seiner Inaugural-Dissertation.

Eine ausführliche Beschreibung von 6 operirten Fällen von Steinen im Ductus choledochus giebt Fenger (10). 4 davon wurden geheilt, während 2 starben und zur Section gelangten. Anknüpfend hieran bringt Fenger eine längere klinische und pathologisch-anatomische Abhandlung über Gallensteine im Ductus choledochus und kommt zu dem Schlusse, dass in der Mehrzahl der Fälle der Ductus dilatirt, und der Stein in ihm frei beweglich ist, und dass ferner von operativen Eingriffen fast ausschliesslich die Choledochotomie in Betracht kommt. — Darmverschluss als Folge von Gallensteinen schildert Robson (20), und nimmt 4 verschiedene Möglichkeiten zum Zustandekommen desselben an. 1. Acuter Verschluss in Folge localer Peritonitis in der Gallenblasengegend; 2. Volvulus in Folge der Heftigkeit von Gallencoliken; 3. mechanischer Verschluss durch grosse Gallenconcremente; 4. Darmverschluss, beruhend auf Adhäsionen im Gefolge von localer Peritonitis bei Gallensteincoliken. Bei der Schwierigkeit der Diagnose entschliesst sich Robson erst zum operativen Eingreifen, wenn andere Mittel versagen.

[Grundlach, J., Ein Beitrag zur Aetiologie der Gallenfisteln, sowie einige Bemerkungen über Gallenfisteln im Allgemeinen. Medycyna. No. 26 und 27. (Eine sehr fleissige Monographie über die verschiedensten Abarten von Gallenblasenfisteln, namentlich deren Aetiologie und Symptomatologie.)

Trzebicky (Krakau).]

b) Lebergeschwülste. — Eckinococcen.

37a) Ahlenstiel, Die Lebergeschwülste und ihre Behandlung. Inaug.-Dissert. Berlin. — 38) Bruns, Leberresection bei multiloculärem Echinococcus. Bruns' Beiträge zur klin. Chir. Bd. 17. — 39) Drummond und Morison, A case of ascites due to cirrhosis of the liver cured by operation. Brit. Med. Journ. Sept. 19. — 40) Robson, Excis. of a partion of liver for tumour. Med. and chir. transact. Vol. 79. (Heilung.) — 41) Frank, Jacob, Cook county and St. Elisabeth-Hospital. Hospital. Chicago. Americ. Journ. of Oct. Hydatides of the Liver. (Fall I. Cyste. von der Grösse eines Fötuskopfes behielt, da sie Vorschriften nicht befolgt, eine Fistel nach. Fall II. Gänzliche Heilung.)

Bruns (38) hat in einem Falle von multiloculärem Leberechinococcus die Excision der faustgrossen Geschwulst mit dem Messer in der Weise vorgenommen, dass in der Leber eine keilförmig einspringende Wundfläche zurückblieb, die sich durch die Naht schliessen liess. Die Heilung vollzog sich ohne Störung.

Ahlenstiel (37a) giebt eine kurze Uebersicht über die verschiedenen Arten der Lebertumoren, und die Methode ihrer Behandlung. Im Anschluss hieran berichtet er über einen Fall, der durch die Probelaparotomie als Leberlues erkannt, und dann durch eine Jodkalicur geheilt wurde.

Drummond und Morison (39) hatten bei der

Autopsie von Fällen von Lebercirrhose beobachtet, das dort, wo Ascites fehlte, vascularisirte Adhaesionen zwischen dem Peritoneum parietale und viscerale bestanden, und zogen den Schluss, dass hier durch Collaterale der venöse Blutabfluss aus den Abdominalorganen wiederhergestellt war. Sie laparotomirten in 2 Fällen von schwerem Ascites bei Lebercirrhose und suchten das Peritoneum parietale mit dem Peritonealüberzug der Leber und Milz und dem grossen Netz dadurch zum Verkleben zu bringen, dass sie dasselbe mit Schwämmen wundrieben. In dem ersten Falle soll vorübergehende Besserung im zweiten, Heilung eingetreten sein.

c) Leberabscesse.

41a) Anderson and Smith, Two cases of hepatic abscess; operation; recovery. Lancet. Jan. 4. — 42) Bramwell and Itiles, A case of deep-seated tropic. abscess of the liver treated by transthoracic hepatotomy; recovery. Lancet. Sept. 12. — 43) Brunton, Some difficulties of diagnosis in hepatic disease. — Additional cases of hepatic surgery. Medical Society of London. Ibid. Feb. 1. — 44) Gangolphe, Volumineux abcès du foie consécutif à la dysentérie; incision; guérison. Lyon méd. No. 28. — 45) Gemmel, Hepatic abscess; aspiration; recovery. Reports on med. and surgic. practice in the hospitals. Brit. Med. Journ. Nov. 21. — 46) Hassler et Boisson, Étude sur les abscès dysentériques du foie. Gaz. méd. de Paris. 31. Oct. — 47) Hermes, Zur Leberchirurgie. Demonstration. von 2 Präparaten von Leberabscessen. Chir. Vereinig. Berl. klin. Wochenschr. 16. März. — 48) Manson and Smith, Two cases of hepatic abscess; operation; recovery. Lancet. Jan. 4. — 49) Morton, A case of hepatic abscess discharging through the lung. Brit. Med. Journ. Oct. 17. (Nach verschiedenen vergeblichen Versuchen, die Abscesshöhle zu finden, wurde sie schliesslich genügend drainirt. Heilung.) — 50) Peabody, Report of case of supposed abscess of liver, with relief of symptoms and complete recovery. Med. Record. Feb. 8. — 51) Peters, Een geval van tropisch leverabsces, gecompliceerd met doorbraak in de rechter long en metastase in de hersenen. Weekblad. 13. Juni. — 52) Ricard, Six abcès du foie. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. 15. Juni. — 53) Wafelbakker, Over de behandeling van het leverabsces. Geneesk. tijdschr. XXXVI.

d) Leberverletzungen.

54) Faure, Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval; décollement de la vésicule biliaire et hémorrhagie du foie; laparotomie; guérison. Gaz. hebdomad. de Méd. et de Chir. — 55) Schlatter, Die Behandlung der traumat. Leberverletzungen. Aus der Züricher chir. Klinik. Bruns Beiträge z. klin. Chirurgie. Bd. 15.

Was die Behandlung von traumatischen Leberverletzungen betrifft, so giebt Schlatter (55) den Rath, sowohl bei penetrirenden Stich- und Schussverletzungen, als bei Leberrupturen die Laparotomie zum Zwecke der Blutstillung auszuführen. Je früher der operative Eingriff ausgeführt wird, um so günstiger ist die Prognose. Das leistungsfähigste blutstillende Mittel bei Leberwunden ist die Naht der Leber. Von 5 Fällen, die in der Züricher Klinik (Krönlein) zur Beobachtung kamen, und mit der Naht behandelt wurden, kamen 2, eine Stichverletzung und eine Schussverletzung zur Heilung; die anderen, eine Schussverletzung der Leber complicirt mit Verletzung des Magens, des Jejunums, des Pancreas und der linken Niere, und 2 Leberrupturen endeten letal.

VI. Pancreas.

1) Bandelier, B., Beitrag zur Casuistik der Pancreastumoren. Inaug.-Dissert. Greifswald. (B. bespricht auf Grund von 6 Fällen (5 Pancreascarcinomen und 1 Sarcom) die Verwerthbarkeit der für Pancreaserkrankungen als characteristisch bezeichneten Symptome und kommt zu dem Resultat, dass weder aus der Analyse der functionellen Störungen des Organs noch auch durch subjective oder physikalische Symptome bei der Vielgestaltigkeit des Krankheitsbildes die Diagnose anders als nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit gestellt werden kann.) — 2) Finotti, Zwei Fälle von Pancreascyste; Operation und Heilung. Wiener klin. Wochenschr. No. 15. (Im Fall 1 handelte es sich um eine grosse ältere Cyste, deren Inhalt schon alle ursprünglich dem Pancreassaft zukommenden Eigenschaften verloren hatte; im Fall 2 hatte der Inhalt noch diese Eigenschaften. Beiden Fällen gemeinsam waren starke neuralgische Schmerzen [Neuralgia coeliaca Küster's], die Magenschmerzen und Abmagerung, und das Fehlen von Zucker. Für die Diagnostik ist sehr werthvoll die Topographie der Geschwulst. Bezüglich Therapie empfiehlt F. die zweizeitige Operation [Anlegung einer Fistel.] — 3) Harda, B. F., Rupture of the Pancreas. Medical Record. 18. Juli. (H. berichtet über einen Fall, der diagnosticirt und durch Operation geheilt wurde.) — 4) Pereira-Guimaraes, Hernie traumatique du pancréas. Réduction deux jours après. Guérison. Le progrès médical. (Durch einen Bajonettstich war die vordere Bauchwand in einer Länge von 5 cm durchtrennt. Durch die Wunde war Bauchinhalt prolabirt. Die Form und Consistenz des Hernieninhalts liessen P. die Diagnose auf Pancreas stellen.) — 5) Popper, T., Ein Fall von primärem Krebs des Pancreaskopfes. Wien. med. Wochenschr. No. 14. (Der Fall [50jährige Frau] verlief unter rasch auftretendem Icterus mit Verfärbung in's Bronceartige, unter Auftreten von Drüsenanschwellungen in den Supraclaviculargegenden und verhältnissmässig früh sich entwickelnder Cachexie. Zucker nicht nachweisbar.) — 6) Riedel, Ueber entzündliche der Rückbildung fähige Vergrösserungen des Pancreaskopfes. Berl. klin. Wochenschr. No. 1. — 7) Rolleston, A fatal case of pancreatitis with haemorrhage. The Lancet. 14. März. (Section ergiebt interstitielle Pancreatitis und Fettnecrose.) — 8) Sarfert, Die Apoplexie des Pancreas. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 42. (S. giebt an der Hand von 3 Fällen [Fall 1: 39jähr. Patient. Diagnose: Ileus, innere Einklemmung. Laparotomie. Tod. Section ergiebt Haemorrhagie des Pancreas und Fettnecrose des Netzes und des peritonealen Fettgewebes. Fall 2 und 3 Präparate.] ein Bild der z. Th. ganz differenten Anschauungen hinsichtlich des Symptomencomplexes dieser eigenartigen Erkrankung. Zucker ist durchaus nicht immer vorhanden.) — 9) Fothergill, W. E., A case of malignant disease of the Pancreas. Brit. med. Journal. 30. Mai. (F. berichtet über zwei Fälle von Pancreascarcinom und geht näher auf diagnostische Merkmale ein.)

Riedel (6) behauptet, dass es eine secundäre, während des Lebens zuweilen vielleicht mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit nachweisbare Pancreatitis giebt, die sich zu einem selbständigen Leiden entwickelt, das zum Tode führt, falls nicht Hülfe gebracht wird. Die ausserordentlich grosse Hartnäckigkeit des Leidens ist das Auffallende. Folgen 3 Fälle.

Fall 1. 62jähr. Patient; sehr kachectisch, plötzlich an Gallensteincoliken mit rasch folgendem Icterus erkrankt. Laparotomie. Wegen eines harten kleinapfelgrossen Tumors im Pancreaskopf, der für Carcinom gehalten wird, und eines Gallensteins Cholecystenterostomie, Heilung. Patient $2^1/_4$ Jahre p. oper. völlig gesund.

Fall 2. 50jähr. Frau mit faustgrossem, eisenharten Tumor des Pancreaskopfes und gleichzeitig Steinen im Ductus choledochus. Exstirpation der Gallenblase. Heilung. Tumor nach $1^1/_2$ Jahren nicht mehr fühlbar.

Fall 3. 53jähr. Frau; seit vielen Jahren Icterus, früher Gallensteincoliken. Laparotomie. Gallenblase enorm verwachsen. Keine Concremente. Pancreas hart und derb. Exitus. Section ergiebt interstitielle Pancreatitis.

R. glaubt in jedem Falle als Entstehungsursache Gallensteine ansprechen zu müssen. Auffallend bliebe nur, warum unter anscheinend gleichen Verhältnissen der eine Patient Pancreatitis bekommt, der andere nicht.

VII. Milz.

1) Black, Abscess of spleen cured by Incision and Drainage. Brit. med. Journ. Oct. 17. — 2) Bond, Remarks on a case of Splenectomie. The Lancet. 2. Mai. — 3) Bureau, La torsion du pédicule dans l'ectopie de la rate. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. No. 30. — 4) Lamarchia, Ueber einen Fall von Milznaht. Centralblatt f. Chir. No. 2. — 5) Rocheblave, Splénomégalie primitive idiopathique. Nouv. Montpellier med. 7.

Die Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Milzchirurgie beschäftigen sich im Wesentlichen mit der Splenectomie.

Rocheblave (5) führte sie bei idiopathischer Milzvergrösserung aus, und Bureau (3) empfiehlt sie als rationellste Therapie bei Stieldrehung der Milz.

Die Milznaht führte Lamarchia (4) bei subcutaner traumatischer Milzzerreissung aus, jedoch ohne die tödtliche Verblutung verhindern zu können, er empfiehlt daher für solche Fälle die Splenectomie.

Einen Milzabscess heilte Black (1) durch Incision und Drainage.

VIII. Rectum.

1) Adler, Lewis H., External hemorrhoids, with special reference to their treatment. Med. and surg. Rep. 12. Sept. — 2) Allingham, W. and H., The diagn. and treatment of the rectum. London. — 3) Allingham, Herbert, Cancer of the Rectum; Treatment, operative ou palliative. Lancet. 25. April. — 4) Bacon, Joseph B., Non malignant strictures of the Rectum. Med. and surg. Rep. March 7. — 5) Baumgärtner, Die Enucleation der Hämorrhoidalknoten. Verhandl. d. d. Ges. f. Chir. 29. 5. — 6) Chalot, Nouvelle méthode ou méthode abdomino-perinéale pour l'extirpation totale de l'anus, du rectum et, au besoin, de l'S iliaque cancereux, avec colostomie iliaque. Bull. et Méd. de la Soc. de Chir. Séance 15. IV. — 7) Chaput, Traitement chirurgical du cancer du rectum. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. Séance du 17 juni. — 8) Cooke, The operative treatment of Rectal fistula. The Medical News. No. 21. — 9) Dumas, Corps étranger dans le rectum pris pour un cancer, chez un homme de 457 ans. Extraction; Guérison. Nouv. Montepellier med. 5. — 10) Hohlfeld, Die Behandlung des Prolapsus recti mit Veröffentlichung von 6 Fällen. Inaug.-Diss. Halle a. S. — 11) Long, Farwell, Fistula in ano. Med. and surg. Rep. 10. Oct. — 12) Neumann, A., Ueber Mastdarmdivertikel. Deutsche med. Wochenschr. No. 10. — 13) Quénu, Sur un mémoire de M. Gandier (de Lille) intitulé: Traitment du cancer du rectum; procédé nouveau d'exstirpation totale abdomino-périnéale. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. Séance du 25. mars. — 14) Reclus, Paul, Traitement des rétrécissements non cancéreux du rectum par la dilatation progressive. Gazette hebdomadaire de medecine et chirurgie. No. 63. — 15) Row, Everard, A case of double ovariotomy, inguinal colotomy, and excision of the rectum; recovery. Lancet. June 13. — 16) Werckmeister, Zwei Vorschläge für die unblutige Behandlung der Strictura recti. Arch. f. klin. Chir. 52. Bd. Heft 2. — 17) Zuckerkandl, Ueber die elastische Ligatur der Hämorrhoidalknoten nach Dittel. Wiener med. Presse. No. 20. — 18) Holme-Wiggin. Notes on the treatment of Foecal Fistulae. By Frederick. Med. Record. Oct. 24. (3 Fälle mit Erfolg behandelt. — 19) Special Forms of Rectal. Fistulae William M. Beack. Surgeon to Presbyterian Hospital Pittsburg Pa. Med. and Surg. Report. Sept. 5. (Berichtet über 2 Fälle, mit Heilung.) — 20) Stewart, R. W., Surgeon Pittsburg. Stricture of the Rectum. (Strictur durch narbige Adhäsionen an der rechten Seite der Blase bedingt. Heilung.)

Hohlfeld (10) bespricht die verschiedenen Verfahren zur Beseitigung des Prolapsus recti und bezeichnet für reponible Mastdarmvorfälle die Thiersch-sche Operation (Einlegen eines Silberdrahts) wegen der Einfachheit ihrer Ausführung und der Erfolge, die in der Halle'schen Klinik mit ihr erzielt wurden, als das empfehlenswertheste Verfahren.

Werckmeister (16) empfiehlt bei Strictura recti folgende Behandlung: Einführen eines Bougies 3 mal täglich eine ganze Stunde lang Morgens und Abends am Ende der Application Injection von 100 ccm einer 5 proc. Borsäurelösung durch das hohle Bougie bis über die Strictur. In der Zwischenzeit Tragen eines Gummirohres von 6 cm Länge und 1 cm Durchmesser in der Analöffnung.

Zur Entfernung von Hämorrhoidalknoten empfiehlt Baumgärtner (5) die Enucleation derselben, die er über 20 mal mit gutem Erfolg geübt.

Er rühmt dieser Methode absolute Ungefährlichkeit und Sicherheit vor Nachblutungen nach, sowie den Vorzug vor anderen, dass die Afterschleimhaut und die Afterfalten der äusseren Haut in ihren natürlichen Verbindungen belassen werden.

Zuckerkandl (17) tritt für die elastische Ligatur der Hämorrhoidalknoten nach Dittel ein.

[Svensson, Ivan, Ueber die Gebiete der Colostomie und der Exstirpation bei der Behandlung des Rectalcarcinomes. Hygiea. LVIII. 5. p. 456—478.

Ein Fall von Colostomia glutealis nach O. Witzel. 37 jähr. Ehefrau. 7 Monate früher sog. Radicaloperation wegen Rectalcarcinoms mit anfangs besonders gutem Resultate, aber später carcinomatöser Induration rings um den unteren Theil des Mastdarms, mit Sewierigkeiten

und Schmerzen bei der Defäcation. Operation in vollkommener Uebereinstimmung mit dem Vorschlage von Witzel. Schnelle Heilung mit dem möglichst besten Resultat. Nach Verf. bietet die Witzel'sche Colostomia glutealis alle Vortheile der Colostomia iliaca dar und giebt die beste Hoffnung, dass keine Ungelegenheiten, wie das Hervortreten des Darminhaltes am Bauche und eine Beschmutzung des Unterleibs, Incontinentia alvi und mangelnde Periodicität in Bezug auf die Defaecation neben der Unmöglichkeit, den Darminhalt mit irgend einem Apparate zurückzuhalten, ein nicht selten sich einstellender, sehr incommodirender Vorfall der Schleimhaut des centralen Darmendes, sowie Excoriationen in der Umgebung des Anus praeternaturalis, nach der Operation den Anus präternatnralis begleiten werden. Die bisher gewonnenen practischen Resultate der Exstirpationen von Rectalcarcinom nach Kraske haben den hochgespannten Erwartungen nicht entsprochen und man kann aus guten Gründen in Frage stellen, ob nicht Kraske's Operation bisher mehr böses als gutes bewirkt hat. Im Sabbatsberger Krankenhause sind gerade 25 pCt. nach der Exstirpation von Rectalcarcinom gestorben, und im Allgemeinen möchte die Mortalität nach Rectalcarcinom-Exstirpation zum wenigsten 20 pCt. gegenwärtig betragen. Nach Erwägung der Vortheile und der Ungelegenheiten der Exstirpation und der Colostomie, kommt S. zum Schlusssatze, dass sehr viele Fälle von Rectalcarcinom, welche sowohl in Deutschland wie in Schweden mittels Exstirpation behandelt worden sind, besser mittels Colostomie behandelt gewesen sein möchten, und im Ganzen haben viele Chirurgen schon lange im Princip der Ansicht gehuldigt, dass die Grenzsteine der Jetztzeit für die Exstirpation von Rectalcarcinom zusammengestellt, und die für Colostomie weiter von einander hinausgerückt werden müssen, denn die gluteale Colostomie besitzt Vorzüge vor der Exstirpation nicht nur in der Beziehung, dass die Prognosis quoad vitam unverhältnissmässig viel besser ist, sondern auch darin, dass jene eine relative Continentia alvi zur Folge hat.

Die Frage, wie ausgebreitet ungefähr das Rectalcarcinom sein soll, welches besser mit Colostomie als mit Exstirpation behandelt werden soll, wird so beantwortet, dass, wenn die Krebsdegeneration auf die Harnblase übergegangen ist, die Colostomie vor der Exstirpation ganz gewiss vorgezogen werden muss, sowie dass ein mit Prostata oder mit dem Heiligenbein zusammengewachsenes Rectalcarcinom auch ganz gewiss mit Colostomie besser als mit Exstirpation behandelt wird.

Die Erfahrung des Verf.'s vom Nutzen der Seruminjectionen (Erysipeltoxinen) ist zwar klein, aber genügend, um Hoffnung auf wenigstens relativen Erfolg bei der Behandlung ausgebreiteten Rectalkrebses durch Combinirung von Colostomia glutealis mit Injection von Erysipelastoxinen einzuflössen.

A. Fr. Eklund (Stockholm).

Niedzielski, K., Ueber Mastdarmkrebs. Kronika lekarska. No. 19—22.

Eine fleissige und ausführliche Monographie über die Symptomatologie, namentlich aber die chirurgische Therapie dieses Leidens. Hieran schliessen sich sechs eigene Beobachtungen über operirte Fälle an. 3 Fälle wurden geheilt, (constatirt 1 bezw. 2 und $3^1/_2$ Jahre), 2 wesentlich gebessert, während einer letal endigte.

Trzebicky (Krakau).]

Hernien

bearbeitet von

Prof. Dr. SONNENBURG in Berlin.*)

I. Allgemeines.

a) Freie Hernien, Irreponible Hernien, Radicaloperationen und andere Operationen.

1) Braun, Ueber die Radicaloperation der Leisten- und Schenkelbrüche. Chirurg. Beiträge; Festschrift für Benno Schmidt. — 2) Macartney, Thirty-six cases of operation for the radical cure of hernia. Lancet. 22. August. — 3) Roberts, On hernia. British medical Journal. Mai 30. — 4) Canon, Ein seltener Fall von Darmwandbruch. Centr. f. Chir. 3. Nov. — 5) Schütz, Ueber die Bedeutung der äusseren Hernien in der Aetiologie gastrointestinaler Störungen. Wiener klin. Wochenschr. 27. Nov. — 6) Stolle, Kryptorchismus und Hernie. Inaug.-Dissert. Marburg. — 7) Anderson, Two cases of hydrocele of hernial sac. Lancet. Jan. 18. — 8) Roth, Ueber Hernientuberculose. Bruns's Beiträge zur klinischen Chirurgie. Bd. XV. 3. — 9) Cavallari, Sopra un caso di tuberculosi erniaria e peritoncale. Raccoglitore. XII. 401. — 10) Sendler, Der Processus vermiformis im Bruchsack. Münchener medic. Wochenschr. No. 5. — 11) Goebel, Casuistischer Beitrag zur Frage des Vorkommens des Processus vermiformis im Bruchsack bei Kindern. Deutsche medic. Wochenschr. No. 29. — 12) Kayser, Ein Fall von Appendicitis in einem Inguinalbruch. Hygiea. LVIII. 12. p. 557-560. — 13) Rutz, Behandlung der congenitalen Hernien des Processus vermiformis. Inaug.-Diss. Berlin. — 14) Kjaer, Ein Fall von Darmstein in einem Cöcalbruch. Hospitals Tidende. R. 4. B. 4. p. 448. — 15) Owen. Torsion of ovarian pedicle in hernial sac. Lancet. March. 21. — 16) Havell, A hernia family. British medical journal. Jan. 25. — 17) Wolfermann, Leistenbruchband. Centralbl. f. Chir. No. 15. — 18) Hoffa, Zur Bruchbandfrage. Ebendas. No. 20.

Braun (1) empfiehlt zur Beseitigung der freien Leistenhernie nur dann die Spaltung des ganzen Leistencanals nach Bassini, wenn äusserer und innerer Leistenring auch nur mit einem kleinen Theil ihrer Circumferenz mit einander correspondiren; ist hingegen die hintere Wand des Leistencanals so viel erhalten, dass durch Verengerung des Canals und des äusseren Leistenrings der physiologische schräge Verlauf des Samenstrangs durch die Bauchwand hergestellt werden kann, so begnügt er sich mit der einfacheren Canalnaht nach Kocher s. u. Ferner betont er die weit besseren Resultate der Operationen bei kleineren Brüchen im Gegensatz zu den übergrossen; bei den letzteren schlägt er vor, lediglich am Bruchsackhalse zu operiren und den meist sehr verwachsenen scrotalen Theil zurückzulassen. Auch bei Kindern wird der oft gute Erfolg einer einfachen Verengerung der äusseren Bruchpforte zumal bei grösseren Brüchen hervorgehoben, wenn auch meist das Tragen eines passenden Bruchbandes zur spontanen Heilung durch Ausbildung des schiefen Verlaufs des Leistencanals genügt. Zur Radicaloperation des Schenkelbruchs will B. ebenfalls die Verengerung der äusseren Bruchpforte nach der von Fabricius mitgetheilten Methode herangezogen sehen. Als Nahtmaterial bevorzugt er für versenkte Nähte mit grösserer Spannung Silberdraht, sonst Catgut; im Falle des Zurücklassens des scrotalen Theils eines verwachsenen grossen Bruchsackes wird die Drainage dieses Theils der Wundhöhle durch's Scrotum empfohlen. Die mitgetheilten 16 Fälle sind bisher bis auf eine Schenkelhernie recidivfrei, aber auch noch nicht lange genug in Beobachtung; dieselben waren zweimal durch Blasendivertikel complicirt, von denen das eine verletzt wurde und genäht ohne Fistel heilte.

In dem von Canon (4) (Krankenhaus Moabit, Abtheilung des Prof. Sonnenburg) beobachteten Falle hat es sich sowohl nach der Anamnese, wie nach dem Befund (keine Verwachsungen des Bruchsackes mit dem eingeklemmten Theil der Darmwand, sowie keine sackförmige oder divertikelartige Ausstülpung derselben), um eine acut entstandene Einklemmung eines kleinen, vorher nicht sackförmig präformirten Theils des Darmes gehandelt, eine Möglichkeit, die z. B. von König bestritten wird. Die primäre Darmresection (9 cm) führte zur glatten Heilung.

Schütz (5) befürwortet in jedem Falle chronischer

*) Bei der Abfassung des Berichtes wurde ich wesentlich unterstützt durch den Herrn Oberarzt Dr. Hermes, sowie die Herren Assistenzärzte DDr. Schrader, Köhler, Schwalbach, Mühsam, sämmtlich Assistenten am Krankenhause Moabit.

gastroinstestinaler Störungen, dessen Aetiologie nicht völlig klar darliegt, die sämmtlichen Bruchpforten einer genauen Untersuchung zu unterziehen, ebenso wie dies bei acuten Erscheinungen allgemein üblich ist. Denn ganz abgesehen von den Hernien der Linea alba hebt Sch. den nicht selten von ihm gefundenen ätiologischen Zusammenhang von angeblich nervösen Dyspepsien mit gleichzeitig vorhandenen Hernien der Leistengegend hervor, welche local ganz symptomlos oder bisher gar nicht bemerkt worden waren.

Stolle (6) berichtet aus der Küster'schen Klinik über 3 Fälle von Retentio testis abdominalis, von denen der eine mit einer Hernia inguinalis, die anderen durch eine Hernia inguino-superficialis derselben Seite complicirt waren, sowie über zwei Beobachtungen von Retentio testis inguinalis bei gleichseitiger Hernia inguino-superficialis resp. inguino-interstitialis. Operirt wurde in 3 Fällen und der Testikel einmal exstirpirt, einmal nicht gefunden; das dritte Mal erwies die microscopische Untersuchung das testikelähnliche Gebilde als Epididymis. Von den 5 mitbeobachteten Hernien waren zwei eingeklemmt; das eine Mal gelang in Narcose die Taxis, während das andere mal der Bruchschnitt der interstitiellen Hernie erforderlich wurde. In der anschliessenden ausführlichen Besprechung vermissen wir bei der Erörterung der Orchidopexie die Nikoladoni's.

Anderson (7) operirte zwei Fälle von Hernia inguinalis congenita omentalis incarcerata, wo in den beiden unteren Dritteln des Bruchsackes eine Ansammlung trüber, strohfarbiger, übelriechender Flüssigkeit vorhanden war; jedoch fehlen Angaben über eine Trennung oder Abgrenzung des als Bruchsack gedeuteten Theils von dem als Hydrocelenwandung angesprochenen.

Roth (8) fügt den 19 bisher veröffentlichten Fällen von Hernientuberculose 3 weitere Beobachtungen aus der Czerny'schen Klinik hinzu. Hierunter gelangte 20 mal Tuberculose des Bruchsacks (darunter einmal doppelseitig) und hiervon 14 mal nur des Bruchsacks zur Operation resp. zur Obduction; 4 mal war gleichzeitig das vorgefallene Netz, 2 mal der ausgetretene Dünndarm erkrankt. Von den 20 hierfür verwerthbaren Fällen ergeben 15 anderweitige ausgesprochene tuberculöse Erkrankung, die 5 mal durch die Section bestätigt wurden, während in den übrigen 5 Fällen nur klinisch keine weitere Tuberculose nachzuweisen war. R. vertritt die Ansicht, dass die Hernientuberculose in der Regel secundär und dann meist mit Betheiligung des übrigen Peritoneums sei. Dennoch war — entsprechend den Resultaten der medianen Laparotomie bei diffuser Peritonealtuberculose — die 16 mal stattgehabte operative Behandlung im Allgemeinen recht erfolgreich (darunter 6 mal mit Netzresection), 1 mal die einfache Herniotomie und 1 mal nur eine Incision ausgeführt. Im letzteren Falle fanden sich zwischen den vorliegenden Darmschlingen multiple käsige Abscesse und tuberculöse Knoten; dennoch erfolgte noch Vernähung des ebenfalls veränderten Bruchsackes, sowie der Haut primäre Heilung und war noch Jahresfrist die vorher irreponible Hernie leicht zurückzubringen, obschon in der Narbe Fisteln aufgetreten waren.

Sendler (10) fand bei einem fünf Wochen alten Knaben mit rechtsseitiger Leistenhernie und bedrohlichen Einklemmungserscheinungen im Bruchsack ausser Bruchwasser den 5 cm langen, in der Mitte geknickten aber nirgends verwachsenen Wurmfortsatz, welcher wie ein Riegel quer vor der Bruchpforte lag. Vorgezogen wies derselbe eine scharfe tiefrote Strangulationsfurche auf, hinter der das ganz normale Cöcum sichtbar wurde. Vor derselben war der periphere Theil des Wurmfortsatzes stark aufgetrieben und braunroth gefärbt. Nach Abtragung desselben und Einstülpen des Stumpfes ins Cöcum Radicaloperation der Hernie, Naht, glatte Heilung. S. weist darauf hin, dass in seinem Falle der Wurmfortsatz ein sehr ausgebildetes Mesenteriolum besass und so die Auffassung Rose's bestätige, dass reine Hernie des Processus vermiformis nur bei einem vorhandenen Gekröse möglich sei.

In den beiden von Göbel (11) operirten Fällen war der Processus vermiformis ein Nebenbefund und wurde auch einfach versenkt.

Rutz (13) berichtet über einen ähnlichen durch de Ruyter erfolgreich operirten Fall, in dem schon vor der Operation die genaue Diagnose gestellt werden konnte.

[Kayser (12) berichtet: Ein 22 jähriger Mann hatte früher zweimal an gelinden Appendicitisanfällen gelitten. 6 Monate, nachdem er das erste Mal seinen hühnereigrossen, rechtsseitigen Leistenbruch beobachtet hatte, erkrankte er an Diarrhoe, Kopfschmerzen mit heftigem Erbrechen, welche nach 24 Stunden aufhörten, während die Schmerzen zum rechten Theile des Bauches, eigentlich zum bedeutend vergrösserten Bruche localisirt blieben. Der allgemeine Zustand war gut, das Fieber höchst unbedeutend. Der Bruchsack wurde geöffnet. Bei Versuche des zum unteren Theile des Bruchsackes stark adhärente Omentum zu lösen, öffnete sich plötzlich ein wallnussgrosser Abscess, welcher durch eine kaum erbsengrosse Oeffnung in Communication mit dem im Brucksacke befindlichen Processus vermiformis sich befand. Appendix wurde amputirt und sein Stumpf in's Coecum hineingeschoben. Nach 24 Stunden war die T. = 39° C. und die A. T. 39,7° C. Vollständige Heilung nach 22 Tagen.

A. Fr. Eklund (Stockholm).]

[Nach Kjaer (14) wurde in einem irrponiblen, aber nicht incarcerirten Coecalbruch ein Darmstein (9 g — 3,3—2,8—1,8 cm) gefunden und durch eine Incision entfernt. Der Stein besteht wesentlich aus Phosphorsäure und Wismuth. Die Patientin hatte früher Subnitras bismuthi in grossen Dosen gebraucht.

Schaldemose.]

Owen (15) hatte bei einem 11 jähr. Mädchen die Diagnose auf Cyste im Lig. Nuckii gestellt, fand aber bei der Operation eine Labialhernie und als Inhalt das gleichseitige Ovarium mit Stieltorsion.

Wolfermann (17) giebt die Beschreibung des von ihm wesentlich verbesserten Hack'schen Bruchbandes,

deren Einzelheiten im Original nachzusehen sind, da sie ohne Abbildungen unverständlich bleiben dürften. Er betont sehr richtig, dass es darauf ankommt, durch die Pelotte nicht nur den äusseren Leistenring, sondern den ganzen schrägen Verlauf des Leistencanals zu comprimiren.

Dasselbe sucht Hoffa (18) durch eine etwas andere Modification des gleichen Princips zu erreichen, deren Einzelheiten ebenfalls nur durch die Abbildung verständlich werden. Ausserdem giebt derselbe die Beschreibung einer anscheinend sehr zweckmässigen Bandage für Bauchbrüche, Nabelhernien, Hängebrüche und Wandernieren; die lästigen Schenkelriemen sind durch zwei dem Verlauf der Darmbeinkämme angepasste Metallbügel in ihrer Wirkung zu ersetzen gesucht. Die Bauchbinde entspricht im Wesentlichen dem unteren Theil des Hoffa'schen Scoliosencorsettes.

b) Einklemmung, Herniotomie, Anus praeternaturalis, Radicaloperation, Darmresection.

1) Friedländer, Emil, Ueber zwei durch Aetherbehandlung geheilte Fälle von Hernia incarcerata. Wien. med. Wochenschr. No. 1. — 2) Rose, Two unusual cases of hernia. The Lancet. June 20. — 3) Boari, Achille, Resezione di 70 centimetri di intestino tenue, per hernia cancrenosa, riunione dei due capi con il bottone di Murphy, guarigione. Raccoglitore. 30. Aug. — 4) Morton, A case of hernia in which irriductibility was due to the presence of a mesenteric cyst. The Lancet. Decemb. 21. — 5) Roberts, Cases of artificial anus and faecalfistula treated by intraperitoneal operation. The medical and surgical reporter. July 25. — 6) Holländer, E., Zur Frage der Blasenverletzung bei Bruchschnitt. Berl. klin. Wochenschr. No. 42. — 7) Bogdanik, Josef, Ueber die Behandlung gangränöser Hernien. Centralblatt f. Chirurg. No. 33. — 8) Neugebauer, Vorübergehende Glycosurie bei incarcerirter Hernie. Wien. klin. Wochschr. No. 37. — 9) Lockwood, A case of hernia of the ovary in an infant with torsion of the pedicle. The british med. Journ. June 13. — 10) Thomas, Twenty-five consecutive cases of strangulated hernia; one death. The Lancet. April 11. — 11) Körte, Ueber die Behandlung brandiger Brüche. Freie Vereinigung der Chirurg. Berlins. Sitzung am 10. Novemb. Vereinsbeilage der Deutschen med. Wochenschr. No. 21. — 12) Werner, Erfahrungen über eingeklemmte Hernien. Memorab. XV. 12. — 13) Heidenhain, Ueber Darmlähmung nach Darmeinklemmung. Zeitschr. f Chir. XVIII. B. S. 201. — 14) Borchard, Beitrag zur Casuistik der eingeklemmten Brüche. Deutsche Zeitschr. f. Chir. XVIII. S. 216. — 15) Stinson, J. Coplin, The operative treatment of inguinal hernia, with a review of ninety-seven cases. Preferable method of operation. Medical record. March 7. No. 10. — 16) Stucki, Rob., Beiträge zur Radicaloperation der Leistenbrüche. Diss. — 17) Cauthorn, F., The pathology of some inusual conditions in acute strangulated hernia. Medical News. No. 4. Jan. 25. — 18) Tietze, Ueber eingeklemmte Hernien im Kindesalter. Zeitschr. f. pract. Aerzte. 1. Aug. No. 15.

Rose (2) beobachtete bei einer 50jährigen Frau eine rechtsseitige Schenkelhernie, welche ausschliesslich gangränöses Netz enthielt. Die Haut war perforirt und die Umgebung hochgradig entzündet. Nach Abtragung des gangränösen Gewebes und Tamponade der Wundhöhle trat glatte Heilung ein.

In einem zweiten Falle von 32 Jahre lang bestehender, irreponibler Schenkelhernie bei einer 62 jährig. Frau, welche eine Zeit lang ein Bruchband getragen hatte, fand R. dem Bruchsack adhaerentes Netz, das durch zahlreiche Entzündungen sclerotisirt und völlig von der Bauchhöhle abgeschlossen war. Im Centrum des Bruchsackes lag der stark verlängerte Processus vermiformis. Dieser und das Netz wurden abgetragen und die Wunde darauf vernäht. Heilung nach wenigen Tagen.

Boari (3) tritt warm für die Verwendung des Murphyknopfes ein, welcher den Anus praeternaturalis entbehrlich macht, und die Operationsdauer gegenüber der Naht wesentlich abkürzt. Er berichtet über einen Fall von incarcerirter, brandiger Leistenhernie bei einem 18jährigen Manne.

Resection von 70 cm Dünndarm, Anlegung des Murphyknopfes. Defäcation stets leicht möglich, am 76. Tage post operationem Abgang des Knopfes nach heftigen Leibschmerzen. Heilung des Patienten.

Morton (4). Ein junger Mann bemerkte nach einem Fall eine Anschwellung in der r. Leistengegend, welche anfänglich beim Liegen verschwand. Bei der Operation wurde eine Hernie gefunden, welche zwischen den Blättern des Mesenteriums eine mit leicht blutig gefärbter Flüssigkeit gefüllte Cyste enthielt. Die Cyste wurde ausgeschält und die Operation nach Mac Ewen beendet. Die microscopische Untersuchung der Cystenwand ergab nur ein dichtes Bindegewebe.

Roberts (5). Als am 2. Tage nach der Operation einer rechtsseitigen Leistenhernie bei einem 67jähr. Mann mit angeborenem Defect des Processus vermiformis Ileuserscheinungen eintraten, machte R. Laparotomie in der Mittellinie und fand oberhalb der Ileocoecalklappe ein durch Verwachsungen völlig abgeschnürtes, völlig gangränöses Dünndarmstück von 2 cm Länge. Er nähte den Dünndarm in die Haut ein und schuf so einen Anus praeternaturalis. Da alle Versuche diesen ohne eingreifende Operation zu schliessen scheiterten, laparotomirte er von Neuem, resecirte die Umgebung des Darmlochs und vernähte die Darmenden. Es trat Heilung ein. In einem Fall von enger Kothfistel nach Herniotomie bei einer 60jähr. Frau, bei dem der Versuch dieselbe durch Excision zu schliessen misslungen war, und einem anderen von Anus praeternaturalis nach Hernia femoralis incarcerata bei einer 64 jähr. Frau, bei welchem auch ein vergeblicher Versuch ihn zu schliessen gemacht worden war, löste R. nach Laparotomie das betreffende Darmstück von der Bauchdecke ab und vernähte die Oeffnungen in querer Richtung durch Lembert-Naht. Beide Fälle wurden geheilt.

Holländer (6) operirte eine Frau, welche vor 26 Jahren eine Peritonitis durchgemacht hatte, wegen rechtsseitiger incarcerirter Schenkelhernie. 11 Tage post operationem geheilt entlassen, verspürte Patientin 6 Wochen nach der Entlassung Schmerzen in der rechten Leistengegend beim Uriniren. Es bildete sich nach Abstossung einiger Seidenfäden ein kleiner Granulationspfropf mit Fistel, aus der kein Urin abfloss.

Eine in die Fistel eingeführte Sonde trifft einen in der Blase befindlichen Catheter. H. meint, dass es sich in diesem Falle um Abbindung eines Blasenzipfels handle, wie er solche bei einer Dermoidoperation bei einer Frau, welche vor Jahren gleichfalls Peritonitis durchgemacht hatte, zur inneren Bruchpforte hinreichen gesehen hatte. Er vermuthet, dass diese Verziehung der Blase eine Folge alter peritonitischer Verwachsungen sei. Bei der Bruchoperation werden dann derartige Zipfel oft noch mehr in die Länge gezogen und können, da sie als nicht zur Blase gehörig angesehen werden, abgebunden werden, unh so Anlass zu Blasenverletzungen geben.

Bogdanik (7) will noch vor Eröffnung der Bauchhöhle die gangränöse Hernie in eine reine Wunde verwandeln, da es Fälle giebt, welche trotz Gangrän einer Darmschlinge und Kothbrechens vor der Operation keine Peritonitis oder Fieber hatten, und bei denen das Peritoneum, wenn sie nach der Operation an Bauchfellentzündung zu Grunde gehen, während der Operation, wie er meint, inficirt worden ist. Zu diesem Zweck trägt er, wie aus einer beigefügten Krankengeschichte ersichtlich ist, nach Durchtrennung der Haut das ganze gangränöse Gewebe mitsammt dem Bruchsack bis zur Bruchpforte ab, reinigt die Umgebung mit Carbolwasser und bedeckt sie mit steriler Gaze. Nunmehr wird die Bruchpforte nur soweit eröffnet, dass ein hinreichendes Stück Darm hervorgezogen werden kann. Soweit es nöthig ist, wird der Darm resecirt, die Darmenden werden vernäht, und jetzt erst spaltet B. die Bruchpforte ausgiebig. Darauf Reposition des Darmes, Naht der Bruchpforte und der Haut. Murphyknopf und Senn'sche Platten hält B. bei exacter Darmnaht für überflüssig.

Neugebauer (8) hat Gelegenheit gehabt in zwei Fällen von incarcerirter Hernie eine vorübergehende Glycosurie zu beobachten, welche nach der Operation verschwand. Um die Ursachen zu studiren, machte er eine Reihe von Thierversuchen, bei denen er Kaninchen und Hunden grössere und kleinere Partien Darms theils lose, theils fest abschnürte. Alle nahe dem Magen gemachten Abschnürungen oder solche, welche viel Dünndarm mit einbeziehen, hatten bis auf einen Fall Glycosurie zur Folge, wenn man für Kohlehydratnahrung Sorge getragen hatte. Tief gelegene Abschnürungen am Ileum oder am Dickdarm riefen keine Zuckerabscheidung hervor. Auf Grund dieser Versuche kommt N. zu dem Schluss: Die Incarcerationen oder Abschnürungen des Duodenums, Jejunums allein oder die Incarcerationen von Brüchen, bei denen ein grosser Theil des Dünndarms ausgeschaltet wurde, können beim Menschen vorübergehende Glycosurie zur Folge haben. Diese verschwindet nach Aufhebung des Darmverschlusses, übt keinen schädlichen Einfluss auf den Wundverlauf aus und ist keine Contraindication für die Narcose.

Lockwood (9) berichtet über eine Beobachtung an einem 6 Monate alten Kind. Dasselbe erkrankte plötzlich mit anscheinend heftigen Schmerzen in der rechten Leistengegend und verweigerte von da ab die Nahrung. Flatus und Koth gingen nach seiner am zweiten Tage erfolgten Aufnahme ins Krankenhaus ab. In der rechten Leistengegend fand sich ein 3 Zoll langer und $1^1/_2$ Zoll breiter Tumor, über welchem die Haut entzündet war. Bei der Operation wurde ein mit dunkler Flüssigkeit erfüllter Bruchsack eröffnet und in diesem ein ovaler Körper gefunden, welcher sich bei näherer Betrachtung als blutig infiltrirtes Ovarium mit Tube und Lig. latum erwies. Der Stiel hatte eine $^1/_2$malige Drehung erlitten. Da das Ovarium zu schwer geschädigt schien, wurde der Stiel abgebunden und das Ovarium entfernt. Der Hals des Bruchsacks wurde zwischen den Muskeln fixirt, der Leistencanal vernäht und die Wunde geschlossen. Glatte Heilung.

Thomas (10) operirte in den letzten Jahren 25 eingeklemmte Brüche. Im Anschluss an die Operation hatte er einen Todesfall. Ein 76jähriger Patient mit Prostatahypertrophie und Cystitis starb 6 Tage nach der Operation im Coma, nachdem die Darmerscheinungen sämmtlich gehoben waren. Zur Narcose wurde Chloroform verwendet, in einem Falle trat vorübergehende Asphyxie ein. Bei alten Leuten wurde nach Czerny's, bei jüngeren nach Mac Ewen's Methode operirt. In 2 Fällen traten Complicationen auf, einmal 1 Faecalfistel und einmal 1 Vereiterung der Wunde durch Berieselung mit Urin aus einer die Hernie complicirenden Blasenhernie, welche punctirt, deren Punctionsstelle aber alsbald mit Lembertnaht geschlossen worden war. Auch hier trat Heilung ein. Opiate wurden nur 2mal nach der Operation gegeben. In der Diät war T. vorsichtig und gestattete er ganz allmälig reichlichere und feste Nahrung.

Körte (11) stellt 2 Patientinnen vor, bei denen er wegen gangränöser Hernie die primäre, und 4, bei denen er die secundäre Darmresection vorgenommen hat. In allen Fällen trat Heilung ein.

Werner (12) giebt, wie er ausdrücklich hervorhebt, nur ein Bild dessen, was bis zur neueren chirurgischen Aera ein alleinstehender Practiker mit den ihm zu Gebote stehenden Mitteln hat leisten können. Er hat von 1858—1894 226 eingeklemmte Hernien behandelt. 41mal hat er operirt, hiervon starben 16 Patienten. Dieser Mortalität von 39 pCt. steht eine Sterblichkeit von 15 pCt. seiner sämmtlichen Bruchkranken gegenüber. 130mal hat er ohne Schwierigkeit reponirt, in einigen Fällen mit Hülfe der Aetheraufträufelungen, doch hat er von ihnen nicht so oft gute Erfolge gesehen, wie sie Andere rühmen. 3mal trat nach der Reposition Tod unter den Erscheinungen der Darmperforation ein, in 4 Fällen sah W. bei gangränösen Hernien Kothfisteln, 1mal mit letalem Ausgang, entstehen.

In einer sehr ausführlichen Arbeit kommt Borchard (14) zu dem Schluss, dass in den meisten Fällen die primäre Resection das Normalverfahren bleiben müsse. Glaubt man jedoch eine Resection in möglichst gesundem Gewebe nicht ausführen zu können, so solle man sich mit dem Anus praeternaturalis begnügen. Dieser sei auch anzulegen, wenn der Patient die längere Dauer der Resection nicht mehr ertragen würde. Man soll sich bei Anlegung des Anus praeternaturalis aber auch

nur mit der Incision der vorliegenden Schlinge begnügen, um der im Darm gestauten Jauche Abfluss zu schaffen und die Operation möglichst abzukürzen.

Cauthorn (17) weist darauf hin, dass bisweilen bei Anstrengungen grössere Darmpartien, wenn eine Hernie besteht, austreten. Secundär kommt dann Behinderung der venösen Abflüsse hinzu, der Darm schwillt an, und die Hernie wird irreponibel. Er räth an der Hand einer mitgetheilten Krankengeschichte, baldigst zur Operation zu schreiten, wenn die Hernie nicht vollständig reponirt werden kann, so leicht die allgemeinen Symptome sonst auch sein mögen. Zum Schluss theilt C. noch 2 Fälle von Reduction en masse mit, von denen er annimmt, dass sie durch Rückkehr des Darms in einen Sack hervorgerufen seien, welcher gewöhnlich unter dem Druck des Bruchbandes in der Bauchhöhle liegt. Als diagnostisches Hülfsmittel wird warm die Percussion empfohlen.

Wichtig ist es nach Tietze (18), rechtzeitig die seltenen Fälle von Einklemmung im Kindesalter zu diagnosticiren. In jedem Falle von anhaltendem Erbrechen bei Säuglingen sind die Bruchpforten zu untersuchen. Die Grösse der Bruchgeschwulst ist verschieden, oft ist sie recht klein. Gerade Einklemmungen mit kleiner Bruchgeschwulst bedrohen häufig die Vitalität des Darms, bei grosser Bruchgeschwulst sichert oft erst die Punction die Diagnose gegenüber der Hydrocele. Im Beginn der Erkrankung besteht bisweilen Anurie, oft vor dem Erbrechen anhaltender Singultus. Die Behandlung hat nach allgemeinen chirurgischen Grundsätzen zu geschehen, besonderen Werth legt T. auf rein aseptisches Operiren ohne giftige Antiseptica. Wenn irgend möglich, schliesst T. die Wunde vollständig durch einen Collodium-, Photoxylin- oder Zinkleimverband. Ist man gezwungen wegen drohender Darmgangrän das Abdomen offen zu lassen, so gehen viele der kleinen Patienten an Secundärinfection zu Grunde. 12 bis 16 Stunden nach der Operation lässt T. den Kindern bereits wieder die Brust reichen.

II. Specielle Brucharten.

a) Leistenbrüche, Hernia pro(prae)peritonealis et retroperitonealis.

1) Collier, Hugo, A case of strangulated congenital coecal hernia, reduction; radical operation; recovery. The Lancet. 5. Dec. — 2) Saniter, Hernia interna retrovesicalis. Bruns' Beitr. f. klin. Chir. Bd. 16. — 3) Martynow, Einklemmung und Verdrängung eines wahrscheinlich inneren Leistenbruches hinter seine Bruchpforte. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 43. — 4) Lannelongue, Note sur la cure radicale des hernies, de la hernie inguinale en particulier, par la méthode sclerogène. Bull. de l'ac. 27. — 5) Lockwood, The operation for strangulated inguinal hernia considered in relation to recent advances in surgery. The Lancet. 28. March. — 6) Stewart, Treatment of strangulated inguinal hernia. Med. and surg. reporter. 9. May. — 7) Casati, Carlo, Studio sperimentale sul testicolo introdatto nella cavità addominale. Raccoglit. 30. Sept. — 8) Mancini, Ferrucio et Fulvio Pariset, Ernia inguino-ocrotale destra strozzata-contennto del sacco erniario-cieco e nitestino tenue Erniotomia. Gnarigione. — 9) Jaboulay, La hernie à double sac. Lyon med. 36. — 10) Heuston, Observations on the radical cure of inguinal hernia. The Dublin Journal of med. science. 1. Oct.

Bei der Operation einer eingeklemmten rechtsseitigen Inguinalhernie bei einem 35jährigen Manne fand Collier (1) als Bruchinhalt das Coecum sammt Appendix, und ein Stück des Ileum und Ileocoecalklappe; das Mesenterium des Coecum war mit der hinteren und oberen Wand des Sackes verwachsen; der Hoden lag unter der hinteren Wand. Ablösung des Hodens vom Bruchsack und Verwendung des unteren Bruchsacktheiles zur Bildung einer Tunica vaginalis für den Hoden, der andere (obere) Theil des Bruchsackes wurde am Mesenterium und Coecum gelassen und mit dem Bruchinhalt in die Bauchhöhle reponirt. Naht nach Bassini.

Bei einem 61jährigen Arbeiter, der unter den Erscheinungen des Ileus in die Klinik eingeliefert wurde und ohne Operation nach einigen Stunden verstarb, fand sich nach Saniter (2) eine Einklemmung von Dünndarmschlingen im Douglas'schen Raume. Eine ringförmige Peritonealfalte bildete die Eintrittsstelle für die Darmschlingen; die microscopische Untersuchung der Bruchsackwand ergab nirgends Musculatur, sondern nur subperitoneales Fett- und Bindegewebe; ein Beckenbodenbruch war somit ausgeschlossen, der Bruchsack bestand also nur aus Peritoneum und die Diagnose Hernia interna retrovesicalis ist gesichert.

Martynow (3) berichtet über einen en bloc reponirten Leistenbruch mit beginnenden Ileuserscheinungen und erfolgreicher Operation.

Lannelongue (4) spritzte bei 5 Kindern von 4 bis 11 Jahren, die reponible Leistenbrüche hatten, nach Zurückbringung des Bruches zu beiden Seiten und besonders unterhalb des Samenstranges bis auf das Os pubis mit der Spritze eindringend je 5–6 Tropfen einer 10proc. Chlorzinklösung, im Ganzen bis 30 Tropfen, ein und erzielte hierdurch eine Verhärtung des Gewebes um den Samenstrang bis in den Leistencanal hinein, die ein Wiederhervortreten des Bruches hinderte. Längste Beobachtungsdauer seit der Operation 4 Wochen; weitere Erfahrungen fehlen.

Bei der Besprechung der Operation eingeklemmter Leistenhernien tritt Lockwood (5) sehr dafür ein, den Schnitt nicht von der Mitte der Hernie bis in das Scrotum anzulegen, sondern die Incision parallel der inneren Hälfte des Poupart'schen Bandes und $^1/_2$ Zoll oberhalb desselben zu machen. An die Reposition schliesst er gewöhnlich Radicaloperation der Hernie nach Bassini mit geringer Modification an.

Nach Besprechung der Behandlung von eingeklemmten Hernien führt Stewart (6) drei von ihm operirte Fälle auf; er ist für Radicaloperation nach Bassini. Bei einem 35jährigen Manne fand er neben einer frischen, eingeklemmten Leistenhernie eine alte directe Leistenhernie auf derselben Seite; im zweiten Falle fand er als Inhalt einer Femoralhernie die Tube und das Ovarium; im dritten Falle war ein Theil der Darmwand im Schenkelcanal eingeklemmt (Littre'sche Hernie), perforirt und hatte einen Abscess hervorgerufen. In allen drei Fällen Heilung.

Um zu prüfen, ob der Hoden sich in seinem anatomischen Bau oder seiner Function ändere, versenkte Casati (7) einen oder beide Hoden nach Erweiterung des Leistencanals in die Bauchhöhle. Eine Untersuchung der Hoden nach mehr oder weniger langer Zeit ergab keine Veränderung in Bezug auf Bau wie auf physiologische Function. Verf. wurde zu diesen Experimenten durch eine Operation Rizzoli's angeregt, der zur Heilung eines angeborenen Leistenbruches einmal den Hoden in die Bauchhöhle versenkte.

Mancini et Pariset (8) berichten über einen von ihnen operirten Leistenbruch, dessen Inhalt der Blinddarm mit 8 cm langem Wurmfortsatz war.

Jaboulay (9) fand bei zwei Männern in den 30er Jahren einen doppelten Bruchsack in einem äusseren angeborenen Leistenbruch, und bei zwei anderen Patienten — die eine war eine Frau von 35 Jahren — in einer Cruralhernie einen doppelten Bruchsack.

Heuston (10) hat in 32 Fällen Radicalheilung von Leistenbrüchen auf folgende Art erzielt: Nach Freilegung des Bruchsackes und Trennung desselben vom Samenstrange wird der Bruchsack gedreht, bis er einen festen Strang bildet. Hierauf legt er 3 Nähte durch die Wände des Leistencanals und den gedrehten Bruchsack; die erste, am inneren Leistenring gelegene, heftet die tiefen Bauchmuskeln und den gedrehten Bruchsack an das Poupart'sche Band; die zweite, im mittleren Drittel des Leistencanals gelegene, bringt die Fascia transversalis sammt gedrehten Bruchsack gleichfalls an das Poupart'sche Band; die dritte, am äusseren Leistenring gelegene, fixirt das Bruchsackende an die mediale Wand des äusseren Leistenringes. Der Samenstrang bleibt unterhalb der Nähte an seiner normalen Stelle.

[Landahl, P. (Lima), Behandlung eines eingeklemmten Bruches durch mässigen Druck während längerer Zeit. Eira. XX. No. 22. 30. Novbr. p. 732 bis 733.

Ein 60jähriger Mann litt seit einigen Stunden an einem hühnereigrossen, eingeklemmten, rechtsseitigen, inneren Inguinalbruche. Der allgemeine Zustand war sehr schlecht, der untere Theil des Bauches bedeutend empfindlich gegen Druck. Patient klagte über heftige Schmerzen. Wiederholte Taxisversuche nach vorher applicirter Morphininjection führten zu keinem Resultat. Nachdem Pat. in angemessene Lage gebracht worden war, legte L. über den Bruch und die unmittelbare Umgebung ein Zeugsäckchen, das mit 8 kg Bleischrot zur Hälfte gefüllt war. Nach ungefähr 15 Minuten war der Bruch vollständig reponirt. Heilung.

A. Fr. Eklund (Stockholm).]

b) Schenkelbrüche, Nabelbrüche, Bauchbrüche, Zwerchfellbrüche, Hernia epigastrica, Hernia obturatoria.

1) Moullin, C. W. Mansell, Five cases of radical cure of femoral hernia: remarks. The Lancet. Febr. 22. — 2) Crandall, J. B., Strangulated femoral hernia: Operation for radical cure. Med. and surg. Rep. March 28. — 3) v. Noorden, Zur Omphalectomie bei eingeklemmtem Bruch. Münchener medic. Wochenschrift. No. 3. — 4) Maylard, A. E., A case of strangulated diaphragmatic hernia-symptoms of acute intestinal obstruction-laparotomy-Death. Glasgow Journ. August. — 5) Blum, A. et L. Ombredanne, Hernies diaphragmatiqes d'origine traumatique. Archives générales de médecine. Janvier. — 6) Landerer, A., Beitrag zur differentiellen Diagnose der Hernia obturatoria. Chirurgische Beiträge. Festschrift für Benno Schmidt. Leipzig. — 7) Anderson, William, Two cases of obturator hernia, one bilateral; remarks. The Lancet. April 4. — 8) Grier, C. W. Monro, Case of obturator hernia successfully treated by copious enemata. Ibidem. June 27. — 9) Eccles, W. Mc Adam, Case of strangulation of a loop of small intestine in the fossa intersigmoidea. Barthol. Hosp. Rep. Vol. XXXI. — 10) v. Bergmann, A. (Riga), Ueber einen Fall von Hernia diaphragmatica incarcerata. St. Petersburger Medicinische Wochenschrift. Dec. 12. — 11) Idzerda, J., Een Navelbreuk-Operatie door Omphalectomie. Weekblad van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde. 14. Nov. — 12) Thomas, W. Thelwall, Two complicated and unusual herniae one containing bladder, the other fallopian tube. The British medical journal. 24. Octob. — 13) Sterison, J. Coplin, The radical cure of femoral hernia, preferable operation; the surgical anatomy of the transversalis fascia at the internal inguinal and femoral rings. Medical Record. 5. Dec. — 14) Dauriac, J. S., Traitement chirg. des hernies de l'ombilic et de la ligne blanche. Paris.

Moullin (1) veröffentlicht 5 Fälle von Schenkelhernien, die er nach einer Methode, einer Combination verschiedener, operirt hat.

Nach Freilegung des Bruchsackes eröffnet er denselben, reponirt, nach eventueller Abtragung von Netz, den Inhalt, zieht den Sack möglichst weit vor und bindet ihn ab. Sodann bringt er nach Art Mac Ewen's den Sack als Polster an den inneren Bruchring. Den Canal verschliesst er mit einem Muskellappen vom Pectineus und Adductor longus.

4 von den 5 Fällen zeigten nach $1\frac{1}{2}$—$2\frac{1}{2}$ Jahren kein Recidiv, der fünfte entzog sich der Beobachtung.

M. hält auf Grund dieser Fälle die Methode für geeignet, eine Radicalheilung herbeizuführen.

v. Noorden (3) giebt zuerst einen kurzen Ueberblick über die Geschichte der Condaminschen Operation und empfiehlt als besonders werthvoll die Bruns'sche Modification, die herausgeschnittene Partie quer auf die Bruchpforte hin zu durchtrennen.

Es folgt dann die Beschreibung eines nach dieser Methode operirten Falles, bei dem sich v. N. wegen Diastase der Muskeln veranlasst sah, nach Vorschlag Gersuny's die Muskelscheide aufzuschlitzen und die Muskeln mit einander zu vereinigen.

Gutes Resultat trotz Fettleibigkeit und Emphysem.

Maylard (4) veröffentlicht einen Fall von Zwerchfellbruch, der wegen Einklemmungserscheinungen am 6. Tage zur Operation kam.

Von den aufgeblähten Dünndarmschlingen aus den Darm absuchend fand er zunächst collabirten Darm, der sich allmälig aufblähte und zum Duodenum führte.

Als er den Darm in umgekehrter Richtung ver-

folgte, zog das ad maximum dilatirte Colon transversum in der Milzgegend nach oben links hinten. Ebendorthin führte auch das vollständig collabirte Colon descendens. Es fand sich eine kleine Oeffnung, durch die der Darm hindurchzog. Nachdem dieselbe mit dem Finger erweitert war, liess sich Darm herausziehen.

Pat. hatte nach der Operation Stuhlgang, doch erfolgte am nächsten Tage der Exitus.

Die Obduction ergab keine Peritonitis. Im Zwerchfell ein Loch, durch das ein dicker Netzstrang zieht.

M. ist der Ansicht, dass der Fall zu spät zur Operation kam; der ad maximum dilatirte Darm war paralytisch geworden, und es vermochte deshalb die Beseitigung der Einklemmung nichts mehr.

Blum und Ombredance (5) haben eine Zwerchfellshernie traumatischen Ursprungs beobachtet. Pat., 28 Jahre alt, wird mit Ileuserscheinungen in die Klinik aufgenommen. Bei der Laparotomie wird abgesehen von einigen Netzadhäsionen, die gelöst werden, keine Ursache des Darmverschlusses gefunden. Nach 8 Tagen Exitus. Bei der Section finden sich 1 m 40 cm vom Jejunum in der linken Pleurahöhle. Nach Aussage der Angehörigen hat der Patient vor 8 Jahren einige Messerstiche in der Gegend des Zwerchfells erhalten.

Sodann bringen die Verff. eine Zusammenstellung von Zwerchfellshernien aus der Literatur. Mehrere Fälle sind in der Literatur als congenitale bezeichnet, ohne dass in der Anamnese auf ein Trauma gefahndet worden ist. Nach Ansicht der Verfasser gehören Zwerchfellshernien des reifen Alters rein congenitalen Ursprungs zu den grössten Seltenheiten.

Landerer (6) beschreibt einen Fall, bei dem Schmerzhaftigkeit bei Druck auf die Gegend des Foramen obturatorium, ausstrahlende Schmerzen am Oberschenkel, Stuhlverstopfung eine Hernia obturatoria vortäuschten. Bei der Laparotomie zeigt sich der untere Schenkel der Flexura sigmoidea um seine Axe gedreht, hängt leer in das Becken hinab und ist in der Gegend des For. obt. mit der Beckenwand verklebt. Nach Lösung der Verklebung füllt sich die Darmschlinge. In der Gegend des For. obt. ödematöse Schwellung, keine Fluctuation. Einführung eines Jodoformgazestreifens nach dieser Stelle und Naht der Bauchwunde. Nach 9 Tagen stellt sich starke Eiterung längs des Jodoformgazestreifens ein. Da die Fistel nicht heilte, wurde sie erweitert, und es fand sich in der Tiefe ein Sequester vom Rande des For. obt. Nachdem auch nach unten durchtamponirt war, heilte die Wunde aus.

Anderson (7) bringt zuerst die Krankengeschichte der beiden Fälle. Darauf folgen Bemerkungen über die Anatomie, über den Bruchinhalt. Die Einklemmung geht häufig spontan zurück. Symptome der Erkrankung.

Von den 30 in der Literatur bekannten operirten Fällen endeten 16 letal. Nach Ansicht des Verf.'s ist die Operation selbst gefahrlos, nur muss man die Verletzung der Gefässe vermeiden. Wenn der Darm gangränös ist, soll man laparotomiren und eine Anastomose anlegen.

Hüten soll man sich bei eingeklemmter Hernia obt. vor energischen Repositionsversuchen.

Eccles (9). Nach Zurückbringung einer eingeklemmten linksseitigen Leistenhernie wurde, da die Symptome der Einklemmung nicht schwanden, eine Reposition en masse angenommen und die Laparotomie gemacht. Es fand sich ein Stück Dünndarm in der Fossa intersigmoidea eingeklemmt. Resection wegen Gangrän. Nach einigen Stunden Exitus.

Im Anschluss an den Fall bespricht E. kurz die anatomischen Verhältnisse der Fossa intersigmoidea, sowie die Gründe für die Seltenheit der Einklemmung von Darm in derselben.

Nach einem kurzen Ueberblick über die Häufigkeit der Zwerchfellbrüche und über die empfohlenen Operationsmethoden berichtet v. Bergmann (10) die Krankengeschichte eines 29jähr. kräftigen Mannes, der einige Zeit nach einer Stichverletzung unterhalb des linken Schulterblattes im Anschluss an das Heben einer schweren Last Schmerzen in Brust und Leib, sowie Occlusionserscheinungen von Seiten des Darmes bekam. Bei seiner Aufnahme ins Krankenhaus am folgenden Tage wurde eine eingeklemmte Zwerchfellhernie angenommen und die Operation empfohlen. Pat. verschob die Operation bis zum nächsten Tage. Als dann dieselbe vorgenommen wurde und nach Wegnahme eines Stückes der 7. Rippe die Pleurahöhle eröffnet wurde, erfolgte plötzlicher Exitus.

Die Section ergab ein ca. 8 cm weites rundliches Loch in der linken Zwerchfellhälfte, durch welches der grösste Theil des Magens, sowie ein Theil des Netzes in die Brusthöhle getreten war.

Idzerda (11) berichtet über einen Fall von eingeklemmter Nabelhernie, bei dem die Condamin'sche Operation ausgeführt wurde. Es wurde zunächst ein bogenförmiger Schnitt links um den Tumor geführt. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sah man eine Dünndarmschlinge in die Bruchpforte hineinziehen. Diese konnte erst gelöst werden, nachdem eine Querincision auf die Bruchpforte zu gemacht war. Ausserdem lag Netz im Bruchsack. Dieses wurde, nachdem auch rechts die Bauchdecken durch einen gleichen Schnitt durchtrennt waren, abgetragen. Schluss der Wunde mit durchgreifenden Nähten. Abgesehen von einem kleinen Bauchdeckenabscess glatte Heilung. Nach Ansicht des Verf.'s ist die Condamin'sche Operation der Nabelbrüche die beste, sowohl was Ausführbarkeit, als auch Verhütung der Recidive anlangt.

Thomas (12) beschreibt zwei Fälle von eingeklemmten Brüchen wegen ihres selteneren Inhaltes.

Bei dem ersten, einem Leistenbruche, zeigte der Bruch nach Freilegung die Figur einer 8. Der obere kleinere Theil wurde eröffnet und es fand sich in ihm Dünndarm. Nach Reposition desselben und Loslösung des Sackes von dem unteren Tumor wurde nach Mac Ewen verfahren. Die zweite Anschwellung wurde punctirt und es entleerte sich ammoniakalisch riechender Urin. Um Platz für die Blase zu schaffen, wurde das Peritoneum nach dem Becken zu abgelöst und in die

so entstandene Tasche die Blase nach Uebernähung der Punctionsöffnung versenkt. Naht der Operationswunde. Es trat eine geringe Eiterung auf infolge Ueberfliessens von Urin über die Gewebe bei der Operation.

Verf. bespricht im Anschluss die Seltenheit der Blasenhernien, sowie die Schwierigkeit der Diagnose.

Im zweiten Falle trat bei einer Frau, die an einer linksseitigen Hernie litt, beim Heben einer Last ein plötzlicher heftiger Schmerz im Rücken auf, der nach der rechten Leistenbeuge ausstrahlte. Pat. bemerkte eine Anschwellung in der Leistenbeuge. Erst am 4. Tage consultirte sie wegen der immer heftiger werdenden Schmerzen einen Arzt. Am nächsten Tage Operation. Auf der linken Seite Netzhernie, die nach Mac Ewen operirt wurde. In dem rechtsseitigen Bruch fand sich das Fimbrienende der Tube fest eingeklemmt. Nach Einkerbung des Bruchringes wurde die Tube reponirt. Das Ovarium wurde nicht bemerkt.

Brüche, die die Tube enthalten, sind noch seltener, als solche mit der Blase als Inhalt.

Nach Beschreibung der anatomischen Verhältnisse am Schenkel- und inneren Leistenring bringt Sterison (13) nach kurzer Besprechung der Methoden von Hackenbauch, Bassini und Fabricius und deren Nachtheilen, ausgehend von dem Grundsatz, dass man möglichst die physiologischen Verhältnisse wieder herstellen solle, ein Operationsverfahren in Vorschlag, das nach seiner Ansicht allen Anforderungen genügt und die Fehler der übrigen Methoden vermeidet. Die Operation theilt er in 7 Abschnitte:

1. Freilegung des Bruchsackes und der Durchtrittsstelle der Vena saphena durch die Fascia lata.
2. Loslösung des Sackes bis zum Schenkelring, Eröffnung, Abtragung am Schenkelring und Naht des Peritoneums.
3. Entfernung der Drüsen und des Fettgewebes im Verlauf des ganzen Canals.
4. Naht der Vorder- und Hinterwand der Schenkelscheide am Schenkelring.
5. Vernähung des Lig. Poup., sowie des tiefen Schenkelbogens mit den benachbarten Partien der Fascia lata.
6. Naht der Durchtrittsstelle der Vena saphena.
7. Hautnaht.

[Lindh, A., Eingeklemmter brandiger Cruralbruch. Darmresection. Murphy's Knopf. Göteborgs läkaresellskaps Förhandlingar. 1895. Auszug aus dem Sitzungsbericht vom 25. Sept. 1895. p. 8—9.

60jähr. Frau. Vor 16 Jahren eingeklemmter, gangränöser, linksseitiger Bruch mit nach der Incision zurückbleibender Stercoralfistel, welche aber allmälig geheilt wurde. Jetzt seit 2 Tagen Incarceration einer Dünndarmschlinge, welche durch eine feste Adhärenz am Bruchsacke intim befestigt war, so dass die Darmschlinge unter dem durch diese Zusammenwachsung gebildeten Bogengewölbe fest eingeklemmt lag. Die abgeschnittene Adhärenz war ein Divertikel der Darmwand selbst, infolge dessen dünnflüssige Fäces ausflossen. Wegen Gangrän an beiden Einklemmungsstellen wurde ein 33 cm langes Darmstück resecirt. Vereinigung der Darmenden mittelst des Murphy'schen Knopfes und einigen Serosasuturen als Verstärkung. 32 Tage nach der Operation ging der Knopf per anum ab. Heilung. **A. Fr. Eklund** (Stockholm).]

Ohrenkrankheiten

bearbeitet von

Prof. Dr. K. BURKNER in Göttingen.

I. Allgemeines.

1) Thost, Arthur, Ueber die Symptome und Folgekrankheiten der hyperplastischen Rachenmandel. Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 1. — 2) Lubet-Barbon, Des localisations inflammatoires du temporal dans leurs rapports avec le développement anatomique de cet os. Arch. internat. de Laryng. etc. No. 1. — 3) Urbantschitsch, Victor, Ueber die vom Gehörorgane auf den motorischen Apparat des Auges stattfindenden Reflexeinwirkungen. Wien. klin. Wochenschr. No. 1. — 4) Körner, Otto, Die Ohrenheilkunde des Hippocrates. Vortrag. Wiesbaden. — 5) Brieger, Oscar, Klinische Beiträge zur Ohrenheilkunde. Mittheilungen aus der Abtheilung f. Ohrenkranke im Allerheiligen-Hospitale zu Breslau. Wiesbaden. — 6) Schwager, Ein Fall von objectiv wahrnehmbarem Ohrgeräusch. Monatsschr. f. Ohrenheilk. 2. — 7) Bezold, F., Ergebnisse der pathologisch-anatomischen Untersuchungen des Ohres bei Masern. Münch. med. Wochenschr. 10 u. 11. — 8) Rudolph, Oswald, 18 Sectionsberichte über das Gehörorgan nach Masern. Mit einem nachträglichen Resumé von Prof. Bezold. Zeitschr. für Ohrenheilk. XXVIII. 3. — 9) Habermann, Joh., Die luetischen Erkrankungen des Gehörorganes. Klin. Vortr. a. d. Gebiete d. Otol. v. Haug. Heft 9. — 10) Ostmann, Gemeinverständliche Anweisung zur Heilung der Eiterung des Ohres. Leipzig. — 11) Gerouzi, G., Emiplegia facciale d'origine otitica. Bollet. della soc. Lancis. XV. 2. — 12) Schroeder, H., Compendium der Ohrenheilkunde für Aerzte und Studirende. Breslau. — 13) Gradenigo, H., Ueber die Manifestationen der Hysterie am Gehörorgane. Klin. Vortr. v. Haug. S. 13. — 14) Seligmann, H., Ohrkrankheiten und Lebensversicherung. Die Praxis. No. 6 u. 7. — 15) Gutzmann, H., Die Photographie der Sprache und ihre practische Verwerthung. Berl. klin. Wochenschr. 11. Mai. — 16) Brauckmann, Karl, Die im kindlichen Alter auftretende Schwerhörigkeit und ihre pädagogische Würdigung. Nebst einem Anhange: Das ertaubte Kind. Leipzig. — 17) Schülzke, Zur topographischen Anatomie des Ohres mit Rücksicht auf die Schädelform. Arch. f. Ohrenheilk. XL. 3./4. — 18) Brunner, Gustav, Ueber den sogenannten Ménière-schen Symptomencomplex und die Beziehungen des Ohres zum Schwindel. — 19) Kirchner, W., Handbuch der Ohrenheilkunde. 5. Aufl. Braunschweig. — 20) Buffum, G. H., Manuel of the essentials of diseases of the eye and ear. London. — 21) Barr, Thomas, Manuel of diseases of the ear including those of the nose and throat in relation to the ear for the use of students and practitioners of medicine. II. edit. Glasgow. — 22) Pritchard, U., Handbook of diseases of the ear. III. edit. London. — 23) Zuckerkandl, E., Beiträge zur vergleichenden Anatomie der Ohrtrompete. Berlin. — 24) Bonnier, P., L'oreille. II. Physiogénie et mécanisme. III. Les fonctions. Paris. — 25) Repetitorium, Kurzes, der Ohrenheilkunde. Wien. — 26) Politzer, A., Atlas der Beleuchtungsbilder des Trommelfelles im gesunden und kranken Zustande. Für practische Aerzte und Studirende. Mit 292 chromolith. Trommelfellbildern und 67 in den Text gedruckten Abbild. Wien. — 27) Danziger, Fritz, Beitrag zur Kenntniss des Felsenbeincarcinoms. Arch. f. Ohrenheilk. XLI. 1. — 28) Eitelberg, A., Ueber einige unangenehme Zufälle beim Catheterismus und bei der Bougirung der Ohrtrompete. Wien. med. Presse. 26. — 29) Derselbe, Beiträge zur Facialisparalyse bei nicht eiterigen Ohrerkrankungen mit Ménière'schen Symptomen. Wien. med. Wochenschr. No. 27. — 30) Lavrand, H., Mutité chez les entendants. Revue hebd. de laryng. etc. 29. August. — 31) Hagedorn, Max, Ueber Beziehungen von Allgemeinkrankheiten sowie von Nasen- und Halsleiden zum Gehörorgane. Sammlg. zwangl. Abhandl. v. Bresgen. I. 10. — 32) Redlich, E. und D. Kaufmann, Ueber Ohruntersuchungen bei Gehörshallucinationen. Zugleich ein Beitrag zur Theorie der Hallucinationen. Wien. klin. Wochenschr. 33. — 33) Hartmann, A., Ein Fall von Dysbasia hysterica und Otalgia hysterica. Verhandl. d. Deutsch. Otol. Gesellsch. — 34) Kümmel, W., Ohrerkrankung bei Pseudoleukaemie (multiple Lymphosarcomatose). Ebendas. — 35) Bürkner, K., Verhandlungen der Deutschen otologischen Gesellschaft auf ihrer fünften Versammlung zu Nürnberg. Jena. — 36) Lannois, Oreille moyenne normale et microbes. Lyon méd. 21. — 37) Burnett, Ch. A., Chronic tympanic vertigo. Journ. of med. sciences. October. — 38) Schepegrell, W., L'importance de faire un examen soigneux de l'oreille, du nez et de la gorge au point de vue médico-légal. Revue hebd. de Laryng. etc. 3. Octbr. — 39) Boucheron, De la présence de l'acide urique dans la salive, dans les affections urohémiques de la gorge et de l'oreille. Ibidem. 10. Oct. — 40) Klinghardt, H., Articulations- und Hörübungen. Practisches Handbuch der Phonetik für Studirende und Lehrer. Cöthen. — 41) Fruitnight, J. Harry, The importance of early diagnosis and treatment of inflammation of the middle ear. Med. News. 12. Septemb. — 42) Bürkner, K., Die Behandlung der bei Erkrankungen des Nervensystems und Geisteskrankheiten vorkommenden Ohrleiden. Handb. der speciellen Therapie innerer Krankheiten. Jena. — 43) Teichmann, Die diagnostischen und therapeutischen Besonderheiten traumatischer Ohrenleiden. Aerztl. Sachverst.-Ztg. 19 u. 20. — 44) Bonnier, P., Sur une forme de surdité

d'origine génitale. Revue hebd. de Laryng. 3. Octbr. — 45) Derselbe, L'audition stéréacoustique. Arch. internat. de Laryngol. etc. Novemb.—Decbr. — 46) Gowers, W. R., Subjective sensations of sound. Lancet. 14. Novbr. — 47) Furet, Symptomes cérébraux de nature hystérique survenant dans le cours d'une otite suppurée double et simulant des accidantes d'origine septique. Arch. internat. de Laryngol. Nov. bis Decbr. — 48) Courtade, A., De l'audition par les cicatrices de trépanation du crâne. Ebendas. — 49) Wolf, Oscar, Otitis media acuta, ein Frühsymptom der Polyarthritis rheumatica acuta. Arch. f. Ohrenheilk. XLI. 3./4.

Urbantschitsch (3) giebt eine Zusammenstellung der in der Literatur beschriebenen Fälle von Reflexeinwirkungen, welche vom Ohre aus auf den Bewegungsapparat des Auges ausgelöst werden. Am häufigsten wurde Nystagmus beobachtet, der sowohl vom äusseren, wie vom mittleren und inneren Ohre und vom Acusticusstamme selbst ausgelöst werden kann. Zur Erzeugung gehört zuweilen eine ganz geringfügige Einwirkung (Luftdouche, Einführen des Trichters) auf das Ohr.

Selten kommt Strabismus als vom Ohre ausgehende Reflexerscheinung vor (1 Fall von Lucae, 2 vom Verf.). Ein Fall von Lähmung des M. trochlearis ist von Moos mitgetheilt worden; Pupillenverengerung bei Otitis media hat Moos, Pupillenerweiterung während der Extraction eines Ohrpolypen Gellé beobachtet. Rasch erfolgende Luftdruckveränderungen in der Paukenhöhle können nach Urbantschitsch's Erfahrungen, zumal bei jungen und leicht erregbaren Personen, eine kurz andauernde Pupillenerweiterung an beiden Augen hervorrufen.

Schwager (6) beobachtete bei einem 14 jährigen Mädchen ein eigenthümliches knipsendes Geräusch, ähnlich jenem, welches beim Reiben der freien Ränder zweier Fingernägel aneinander entsteht. Das Tempo war ein unregelmässig rhythmisches, etwa wie das des Pulses bei gestörter Herzthätigkeit; die Zahl betrug in der Minute bis zu 110. Trommelfell und Hörfähigkeit waren annähernd normal. Isochron mit dem Ohrgeräusche hoben und senkten sich der weiche Gaumen, die Uvula and die Gaumenbögen. Patientin war im Stande, das Geräusch zu unterdrücken und wieder hervorzurufen; im ersteren Falle hörten auch die Gaumenbewegungen auf. (Clonischer Krampf des Musc. tensor veli.)

Bezold (7) berichtet über 18 (auch schon von Rudolph [s. No. 8] beschriebene) Schläfenbeinobductionen von 16 masernkranken Kindern und hebt hervor, dass, obwohl die Ohraffection fast stets unter dem Bilde eines einfachen Mittelohrcatarrhs verlaufen war, schleimig-eiteriges oder reineiteriges Secret in keinem einzigen Falle bei der Section fehlte. Zu einer Perforation führt die Morbillenotitis aber offenbar nur ausnahmsweise; ihr Verlauf ist ein stark protrahirter, sie breitet sich von Anfang an über den ganzen Mittelohrtractus aus bis in die Warzenzellen und beginnt schon mit dem Einsetzen der Allgemeinerkrankung, von der sie eine Theilerscheinung darstellt. Die Tube wurde fast stets normal befunden.

Aus den Obductionsbefunden von Rudolph (8) geht hervor, dass bereits am 3. Tage nach Ausbruch des Masernexanthems nicht nur die Schleimhaut der Paukenhöhle, sondern auch im Antrum und den Warzenzellen lebhaft diffus injicirt und geschwollen sein, dass sogar diese gesammten Räume bereits eitriges Secret enthalten können. Am 4. Krankheitstage kann sich schon fibrinöses Exsudat mit Blutextravasaten auf der Schleimhaut der Paukenhöhle und des Antrums gebildet haben; ebenso können in der Zeit vom 4. bis 6. Tage bereits kleine polypöse Granulationen in der knöchernen Tuba, der Paukenhöhle und dem Antrum aufschiessen. Besteht eine Trommelfellperforation, so kann sich das fibrinöse Exsudat auch auf die laterale Fläche der Membran ausbreiten; doch führt die Morbillenotitis nur ausnahmsweise zum spontanen Durchbruch.

Obwohl stets pyogene Organismen (am häufigsten Streptococcus) im Eiter gefunden werden, ist die Reaction an der Mittelohrschleimhaut als eine auffallend geringe zu bezeichnen, abgesehen von der in 1/4 der Fälle nachweisbaren fibrinösen Exsudation. Die Schwellung der Mucosa war nur mässig, auch die Gefässinjection eine geringe, ungleichmässig vertheilte. Blosslegung des Knochens wurde niemals beobachtet, einen chronischen Fall abgerechnet. Diese verhältnissmässig leichten Krankheitsbefunde dürften nach der Ansicht von Bezold in einer Herabsetzung der Reactionsfähigkeit zu suchen sein, welche auf der Höhe der Allgemeinerkrankung den Gesammtorganismus betrifft.

Der Umstand, dass sich bei den geschilderten Sectionen von an Masern gestorbenen Kindern regelmässig Otitis media vorfand, berechtigt zu der Annahme, dass diese Ohrcomplication überhaupt als eine integrirende Theilerscheinung dieser Allgemeinerkrankung aufgefasst werden muss. Die ganze Form der Entzündung spricht auch nicht für eine successive Propagation vom Nasenrachenraume her, sondern fordert zu einem Vergleiche mit dem Exanthem auf der äusseren Haut heraus, mit welchem sie offenbar in directe Analogie zu stellen ist.

In practischer Beziehung ergiebt sich aus den Sectionsbefunden, wenn dieselben mit den klinischen Erfahrungen verglichen werden, die weitere Annahme, dass in der grossen Mehrzahl der Fälle von Masernotitis der Eiter in den Mittelohrräumen symptomlos ist und, ohne weitere Störungen zu hinterlassen, wieder zur völligen Resorption gelangt.

Nach den Ausführungen von Seligmann (14) sollen folgende Ohraffectionen die Zulassung zur Lebensversicherung ausschliessen: maligne Tumoren, Lupus des äusseren Ohres, chronische Eiterungen mit andauerndem Foetor, recidivirende Eiterungen, alle mit Dyscrasien und mit Ozaena verbundenen Eiterungen, maligne Tumoren im Mittelohre; von Seiten des inneren Ohres völlige Taubheit und doppelseitiges Auftreten des Ménière'schen Symptomencomplexes. Aufgenommen werden dürfen: Missbildungen, chronische Otitis externa, Stenosen, alle Mittelohrerkrankungen ohne Perforation und ohne völlige Taubheit, auch wenn Schwindel besteht; trockene Perforationen, einseitige Schleimhaut-

eiterungen, mit Prämienerhöhung auch doppelseitige Schleimhauteiterungen; ferner einseitiges Auftreten der Ménière'schen Erscheinungen und einseitige Nerventaubheit. Bis nach erfolgter Behandlung zurückzustellen sind Eczeme und foetide Schleimhauteiterungen.

Gutzmann (15) hat durch photographische Serienaufnahmen der einzelnen Sprachbewegungen am Unterkiefer, den Wangen und Lippen und dem Mundboden Typen gewonnen, welche mit Hülfe eines Projectionsapparates nach Art des Stroboscopes zur Veranschaulichung für den Absehunterricht sehr wohl benutzt werden können.

Schülzke (17) wendet sich in seiner Arbeit gegen eine Reihe von Beobachtungen, welche Koerner über den Einfluss der Schädelform auf topographisch wichtige Verhältnisse am Schläfenbeine angestellt hatte, vergleicht die Ergebnisse seiner eigenen Untersuchungen mit denen von Koerner, Randall und Garnault und stellt als Hauptresultate aus dem Gesammtmaterial der vier Forscher auf:

1. Als Orientirungspunkte für die Eröffnung des Antrum mast. sind a) oberer Rand des Porus acust. extern., b) Spina supra meatum, c) Linea tempor. für gleich wichtig anzusehen und die jedem von diesen drei Punkten anhaftenden Mängel durch die beiden anderen zu ergänzen.

2. Für die „sogenannten gefährlichen Schläfenbeine" ist in der Schädelform kein Merkmal zu finden, da sich aus den Untersuchungen ergeben hat, dass der Stand der mittleren Schädelgrube und das Vordringen des Sinus nach vorn und aussen keine Beziehung zum anthropologischen Typus hat. Die Schlüsse, welche Koerner aus demselben für die Indicationsstellung zieht, sind unrichtig.

3. Sicher festgestellt wurde, das der Boden der mittleren Schädelgrube auf beiden Seiten nicht immer gleich hoch steht. Ob die linke Schädelgrube häufiger niedriger steht, als die rechte, erscheint noch nicht ganz sicher, da die Durchschnittsdifferenz des Beobachtungsmaterials zu klein war. Gesichert dagegen erscheint die Thatsache, dass der Sinus rechts durchschnittlich tiefer in den Knochen eindringt und häufiger die sog. gefährliche Form zeigt als links.

4. Alle sonstigen Merkmale sind vorläufig als wenig sicher zur Erkennung der sog. gefährlichen Schläfenbeine zu bezeichnen.

Brunner (18) betrachtet den Begriff des Ménière-schen Symptomencomplexes (M. S.) nur als einen der Bequemlickeit dienenden Nothbehelf, bis wir im Stande sein werden, für jeden Fall eine pathologisch-anatomische Diagnose zu stellen. Zu der den M. S. characterisirenden Trias gehören Schwindel, Ohrgeräusche und Hörstörungen; nicht jeder Ohrschwindel entspricht dem M. S.; von diesem sollte man nur reden, wenn die Schwindelanfälle spontan, ohne äussere Eingriffe und mehr oder weniger plötzlich auftreten, meist in wiederholten Attacken, ohne Fieber mit mehr oder weniger heftigen Ohrgeräuschen und rasch oder nur allmälig sich einstellender Schwerhörigkeit. Die häufigste Ursache des M. S. liegt ohne Zweifel in krankhaften Zuständen des Labyrinthes, insofern sie durch eine Reizung der Bogengangsnerven ausgelöst wird, und zwar ist es die Reizung, nicht der Ausfall der Function der Bogengänge, welche den Schwindel hervorruft. Auch durch Einwirkungen vom äusseren und mittleren Ohre aus, sowie durch pathologische Processe im Hirn, speciell im Cerebellum, können die Ménière-schen Erscheinungen bedingt werden, wie auch angenommen werden muss, dass der M. S. auf neurotischem Wege entstehen kann. Eine Erschwerung oder Aufhebung des Ausgleiches nach den Lymphräumen des Hirns muss für die Druckverhältnisse im Labyrinth und damit für seine Function von Wichtigkeit sein, und vermehrter Druck im Schädel muss sich auch im Labyrinth bemerkbar machen können.

In therapeutischer Beziehung bemerkt Verf., dass Chinin nicht, einer weitverbreiteten Ansicht entsprechend, eine Hyperaemie im Labyrinthe verursache, vielmehr häufig im Stande sei, in der Zwischenzeit oder bei Beginn der Aura einen (vasomotorischen) Anfall zu coupiren. (0,5 2—3 mal).

Im Anschluss an einen im vorigen Jahre (Bd. II. S. 471) von uns referirten Fall von Carcinom des Felsenbeines veröffentlicht Danziger (27) eine neue Beobachtung dieser Geschwulstform. Dieselbe betraf einen 54jährigen Mann, welcher im Winter 1893—94 eine haselnussgrosse Geschwulst vor dem linken Ohre bemerkte, deren Malignität in Leipzig festgestellt und welche in Breslau operirt wurde. Als Verf. im Juli 1895 den Patienten zuerst sah, klagte er über Verwachsung des Gehörganges. Der linke Facialis war gelähmt, vor dem Tragus zeigte sich eine grosse bis zum Schlüsselbeine ziehende Narbe, parallel dieser waren mehrere ähnliche Narben in gleicher Ausdehnung am Halsrücken vom Tragus und vom Warzenfortsatze herab vorhanden, alles Residuen von der voraufgegangenen Operation. Der Lobulus fehlte bereits. Unmittelbar über dem vorderen Ansatze der Ohrmuschel bestand, angeblich schon vor der Operation, eine druckempfindliche Anschwellung; der Gehörgang war fast ganz obliterirt. Nach von anderer Seite vorgenommener gewaltsamer Ausdehung des Ohrcanals traten in der Tiefe heftige Schmerzen ein; und da die erwähnte Anschwellung wuchs, rieth Verf. dringend zur Consultation eines Chirurgen. Im December wurde die ganze Ohrmuschel entfernt und alles bis auf den Temporalmuskel in einer Breite von 4—5 cm abpraeparirt. Aber schon nach 2 Monaten zeigte sich wiederum eine Verdickung über und unter dem Warzenfortsatze. Der Verfall wurde rapid: Ende April zeigte Pat. sensorische Aphasie, am 6. Mai trat Exitus ein.

Section: An Stelle des linken Ohres schmutzig belegte Wunde, in deren Mitte eine Vertiefung den Gehörgang andeutet. Nach Eröffnung des Schädels erweist sich der Knochen fast 1 cm dick, die Dura an mehreren Stellen adhaerent; Pia links eiterig infiltrirt. Ein apfelgrosser Tumor bildet eine feste Verbindung zwischen Hirn und Felsenbein. Nach Ablösung zeigt die Dura übsr dem Felsenbein einen 5 cm grossen Defect. Der gestielte, blumenkohlartig gelappte Tumor hatte mit Ausnahme der Umgebung des inneren Gehörganges das ganze Felsenbein zerstört und war nach hinten hinausgewachsen. Der Gyrus temporalis medius war theilweise, der Gyrus tempor. inferior vollständig verloren gegangen, so dass der Sulcus temporalis medius fast vollständig verschwunden war. Die Zerstö-

rung begann an der Fossa Sylvii und nahm die ganze Windung ein.

Eitelberg (28) berichtet a) über einen Fall von sehr heftigem, beim Catheterismus entstandenem Nasenbluten, welches nach Durchspülung der Nase mit 40 gradigem Wasser stand, b) über das Steckenbleiben eines Bougieknopfes in der Tuba ohne üble Folgen.

Derselbe (29) berichtet folgende Fälle von Facialparalyse:

1. 35 jähriger Mann erkrankt unmittelbar nach einem Sturze mit dem Pferde unter Schwindel, Erbrechen, Ohrensausen, Schwerhörigkeit. Die am 4. Tage nach dem Trauma stattgehabte erste Ohruntersuchung ergab eine traumatische Perforation der Membr. flaccida, welche sich am 15. Tage nach der Erkrankung geschlossen hatte. Am 7. Tage der Erkrankung trat nach Kribbeln in der linken Gesichtshälfte Faciallähmung dieser Seite ein. Nach 2 Monaten war Pat. vollständig geheilt. Verf. glaubt, dass die Facialparalyse in ursächlichem Zusammenhange mit dem Ohrleiden stand.

2. Unmittelbar nach einer Bepinselung des Rachens mit 10 proc. Lapislösung (3 g) trat bei einem jungen Arzte heftiges Erbrechen ein; 2 Tage nachher erwies sich bei eingezogenem rechten Trommelfelle die Tube als schwer durchgängig, wobei das Gehör normal war. Schwindel und Ohrensausen waren zeitweilig vorhanden. Bücken, Gemüthsbewegungen, auch jeder Coitus riefen heftige Schwindelanfälle mit Uebelkeit hervor, wobei das Hörvermögen intact blieb. Später trat ein 6 Tage dauernder, heftiger Anfall ein, der den Pat. an's Bett fesselte und während dessen eine schon vorher vorhandene rechtsseitige Facialisparese sich mehr geltend machte. Dieselbe dauerte mit Remissionen an, ohne dass Entartungsreaction bestände. Die Schwindelanfälle haben vollständig aufgehört. Der Fall ist in seinem aetiologischen Zusammenhange dunkel geblieben.

Redlich und Kaufmann (32) haben bei allen auf der psychiatrischen Klinik v. Wagner's im Schuljahre 1895-96 zur Beobachtung gekommenen Geisteskranken mit Gehörshallucinationen, im Ganzen 81, das Gehörorgan genau untersucht. Aus der Gruppe der Amentia (acute hallucinatorische Verwirrtheit) kamen 52 Fälle zur Untersuchung, von denen einer keine Hallucinationen hatte. 3 von den Kranken hatten einen chronischen Mittelohrcatarrh mit deutlicher Herabsetzung der Function, 3 weitere Kranke zeigten theils in Folge leichten Catarrhs, theils auf seniler Basis Schwerhörigkeit, einmal fand sich beiderseits Cerumen und Trommelfellretraction bei normaler Function, bei 4 Kranken bestanden subjective Geräusche ohne Ohrbefund.

Von 8 Fällen von acutem Wahnsinn, von denen 6 Hallucinationen hatten, zeigte nur einer normalen Ohrbefund, von 6 an Melancholie und Manie Leidenden, hatten 4 objective Veränderungen im Ohre, bei 17 Fällen von alcoholischen Geistesstörungen, deren 9 Hallucinationen hatten, war nur einer mit normalem Ohrbefund; unter 50 Patienten mit Paranoia (chronischer Verrücktheit) fanden sich 5 ohne Hallucinationen, welche alle normalen Ohrbefund zeigten, während von den mit Hallucinationen Behafteten bei 10 ein zweifelhafter, bei 14 ein annähernd normaler Befund am Ohre constatirt wurde.

Der Zusammenhang zwischen den Gehörshallucinationen und den Hörstörungen war somit ein sehr wahrscheinlicher.

Was die electrische Erregbarkeit betrifft, so zeigten 20 Kranke, von denen 18 evident ohrleidend waren, Uebererregbarkeit, 26 Kranke, von denen 11 normale Ohren hatten und nur 9 tiefer am Ohre litten, keine electrische Uebererregbarkeit.

Im Gegensatze zu Erfahrungen Chvostek's gelang es den Verff. niemals, durch tönende Stimmgabeln Hallucinationen hervorzurufen.

Der Fall von Dysbasie, welchen Hartmann (33) bei einem 13 jährigen Knaben beobachtete, hatte den Verf. schon früher veranlasst, die Warzenfortsatzaufmeisselung vorzunehmen, weil sich einige Monate nach einer überstandenen eiterigen Otitis media heftige Schmerzen eingestellt hatten. Es wurde kein Eiter gefunden, die Schmerzhaftigkeit aber durch die Operation beseitigt. Einige Monate später traten wieder äusserst heftige Schmerzen ein, und der Kranke war nicht im Stande zu gehen, weil er, sobald er aufgestanden war, ungemein heftig taumelte; hingegen gingen die Bewegungen der unteren Extremitäten im Bette leicht, kräftig und ohne Schwindel vor sich. Nachdem die Diagnose auf Dysbasie gestellt war, wurde eine electrische Behandlung eingeleitet, und der Patient konnte schon nach vier Sitzungen geheilt entlassen werden.

Der von Kümmel (34) beobachtete Patient bemerkte eines Tages eine starke, schmerzlose Anschwellung an der linken Halsgegend. Da die Untersuchung einen faustgrossen, harten Tumor und die Umwandlung der linken Tonsille in eine grosse, lebhafte rothe Geschwulst ergab und demzufolge Sarcombildung angenommen wurde, stand man von einer Operation ab und verordnete Sol. Fowleri innerlich und zu parenchymatöser Injection. Der Erfolg dieser Behandlung war überraschend günstig: in wenigen Wochen war Patient absolut hergestellt. $^3/_4$ Jahre später trat indessen eine gleiche Schwellung der Drüsen und Mandeln auf beiden Seiten ein, bald gesellten sich Schlingbeschwerden, Verstopfung der Nase, rasch einsetzende Schwerhörigkeit hinzu; zahlreiche Blutungen in die Conjunctiva und die Haut, Haematotympanum beider Paukenhöhlen machten sich bemerklich; binnen kurzem starb Patient.

Die Section bestätigte die intra vitam gestellte Diagnose auf Lymphosarcomatose und ergab, dass die Schleimhaut des Keilbeines, des Nasenrachenraumes, der Paukenhöhle und ihrer Nebenhöhlen mit einkernigen Rundzellen und rothen Blutkörperchen durchtränkt war.

Lannois (36) hat durch Experimente an Hunden und Kaninchen den Nachweis erbracht, dass die Paukenhöhle im normalen Zustande keine Microben enthält. Alle entnommenen Proben waren steril. Die in die Nase eindringenden Bacterien werden seiner Meinung nach dort nicht nur aufgehalten, sondern auch zerstört.

Als Beweis für die Nothwendigkeit einer sorgfältigen und vorurtheilsfreien Untersuchung des Ohres in foren-

sischen Fällen beschreibt Schepegrell (38) einen Fall, in welchem eine Negerin eine heftige Ohrentzündung auf die von einem Nachbarn als Mittel gegen Zahnschmerzen — nach ihrer Aussage in böswilliger Absicht — empfohlene und von ihr angewandte Einführung von Salz und Cayennepfeffer in den Gehörgang zurückführen wollte, während die vom Verf. vorgenommene Untersuchung ergab, dass die Kranke sich bei den. auf wiederholtes Befragen von ihr zugegebenen, mit einem Zahnstocher ausgeführten Versuchen, sich der irritirenden Masse zu entledigen, das Trommelfell durchstochen hatte.

Boucheron (39) hat in allen Fällen von arthritischen Rachen-, Nasen- und Ohraffectionen im Speichel Harnsäure gefunden; er will zwar nicht behaupten, dass die letztere die einzige Veranlassung der arthritischen Erkrankung jener Körpertheile abgebe, aber er glaubt, dass die im Blute überschüssig vorhandene Harnsäure wohl im Stande sei, das pathologische Terrain in bestimmter Weise chemisch zu beeinflussen.

Oskar Wolf (49) veröffentlicht 2 Fälle von Verdichtung der Paukenhöhlenschleimhaut, welche sich aus einer acuten Otitis media bei Patienten entwickelt hatte, bei denen bald nachher acuter Gelenkrheumatismus auftrat. Diese acute „rheumatische Otitis" konnte als erster Beginn der später sich ausbildenden Mittelohrsclerose aufgefasst werden; ihr Verlauf war mild und rasch, das Exsudat spärlich, schleimig-flockig.

II. Statistik.

1) Stetter, Siebenter Jahresbericht vom 1. Januar 1895 bis 1. Januar 1896 aus dem Ambulatorium für Ohren-, Nasen-, Hals- und Mundkrankheiten. Monatsschrift f. Ohrenheilkunde. 3. — 2) Gruber, Jos., Bericht über die im Jahre 1895 ambulatorisch behandelten Kranken. Ebendas. 4. — 3) Kretschmann, Bericht über die Thätigkeit der Privatklinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten. Magdeburg. — 4) Twenty-seventh annual report of the New York ophthalmic and aural Institute. New York. — 5) Ostmann, Mittheilungen aus der Ohrenstation des Garnisonlazareths Königsberg i. Pr. Militärärztl. Zeitschr. — 6) Bürkner, K., Statistischer Bericht über die in den beiden Etatsjahren 1894/95 und 1895/96 in der Poliklinik für Ohrenkrankheiten in Göttingen beobachteten Krankheitsfälle. Arch. f. Ohrenheilkunde. XLI. 1. Heft. — 7) Arslan, J., Resoconto statistico degli ammalati curati nella divisione oto-rino-lariogologica della Poliambulanza e nella pratica privata negli anni 1893—1895. Arch. ital. di Otol. Heft III. — 8) Noltenius, Zweiter Jahresbericht über die Thätigkeit meiner Privatklinik für Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. October. — 9) Levy, Ad., Bericht über die Wirksamkeit der Klinik und Poliklinik für Ohren-, Nasen-, Schlund- und Kehlkopfkrankheiten zu Kopenhagen für die Jahre 1888—1893. Zeitschr. f. Ohrenhlkde. XXIX. 3. — 10) Gradenigo, H., Resoconto statistico-clinico dal 1° gennaio 1895 al 30 giugno 1896. Clinica oto-rino-laryngologica della R. Università di Torino. Arch. ital. di Otol. Heft IV.

Stetter's (1) Bericht umfasst 1720 Kranke, davon 855 Ohrenkranke, 428 männlichen und 427 weiblichen Geschlechtes, 282 unter 20 Jahren. Von den 1063 Krankheitsformen betrafen 470 das rechte, 372 das linke, 221 beide Ohren. Das äussere Ohr war in 293 Fällen (27,6 pCt.), das Trommelfell in 316 Fällen (29,8 pCt.!), das Mittelohr in 433 Fällen (40,7 pCt.), das innere Ohr in 21 Fällen (1,9 pCt.) betroffen.

In Gruber's (2) Ambulatorium wurden 6113 Kranke neu aufgenommen, und zwar 3763 Personen männlichen (61,5 pCt.) und 2350 Personen weiblichen Geschlechts (38,5 pCt.). 1273 männliche und 978 weibliche Kranke waren unter 20 Jahre alt. Die Erkrankungen vertheilten sich auf das äussere Ohr 948 männl., 518 weibl., Mittelohr incl. Trommelfell 2633 männl., 1699 weibl., inneres Ohr 182 männl., 133 weibl. Von den einseitigen Affectionen betrafen 1469 das rechte, 1646 das linke Ohr.

Der Bericht von Kretschmann (3) umfasst 911 Patienten, von denen 107 in der Klinik behandelt wurden. Es kamen 1233 Krankheitsformen zur Behandlung, davon 638 am Ohre. Von Operationen werden 19 Incisionen in den Gehörgang, 16 Polypenextractionen, 49 Paracentesen, 23 Warzenfortsatzeröffnungen, 2 Gehörknöchelchenexcisionen aufgezählt.

Krankengeschichten sind angefügt: a) über chronische rechtsseitige Ohreiterung mit Cholesteatom und complicirender Meningitis serosa. Heilung; b) über Thrombose des rechten Sinus transversus und der Vena jugularis; Operation, Heilung; c) über acute linksseitige Mittelohrentzündung, Pyämie ohne Sinusthrombose: Heilung; d) operative Beseitigung einer erworbenen Gehörgangsstenose (ähnlich der von Körner ausgeführten (s. Aeusseres Ohr No. 9).

Im Augen- und Ohrenheilinstitute zu New-York (4) wurden in der Zeit vom October 1895—1896 1393 Ohrenkranke aufgenommen, von denen 35 klinisch bebehandelt wurden (23 Mastoidoperationen). Erkrankt war das äussere Ohr in 42 Fällen, der Gehörgang in 307 Fällen, das Mittelohr in 961 Fällen, das innere Ohr in 83 Fällen, ausserdem Nase und Rachen in 1358 Fällen.

In seinen Mittheilungen von der Ohrenstation des Garnisonlazareths Königsberg i. Pr. führt Ostmann (5) als Ergebniss einer Zusammenstellung für die Preussische Armee aus den Jahren 1867—1888 an, dass der Monat Juli den durchschnittlich höchsten Zugang von Ohrenkranken zeigte. Es kamen auf den Januar 6,1 pM., auf den Februar 5,6 pM., den März 5,1 pM., den April 4,1 pM., den Mai 3,7 pM., den Juni 5 pM., den Juli 7 pM., den August 4,5 pM., den September 2,3 pM., den October 2,5 pM., den November 5,3 pM., den December 4,1 pM. der Ohrenaffectionen.

Der monatliche Zugang an Ohrenkrankheiten in absoluten Zahlen bei der Preussischen Armee vom Jahre 1867—1888 (mit Einschluss des Sächs. und des Württemb. Armeecorps vom Jahre 1882 bezw. 1872 ab) betrug im Januar 6282, Februar 5584, März 5084, April 4068, Mai 3672, Juni 5046, Juli 7039, August 4508, September 2310, October 2538, November 5286, December 4124, in Summa 55541.

Von den von Arslan (7) behandelten Ohrenkrankheiten betrafen 26,3 pCt. das äussere, 63,2 pCt. das mittlere, 10 pCt. das innere Ohr. 62,3 pCt. der Kranken waren Männer, 37,6 pCt. Weiber; unter dem 15.

Lebensjahre standen 26 pCt.; bilateral waren 46,3 pCt. der Erkrankungen; von den einseitigen wurden 22,2 pCt. auf dem rechten, 27,4 pCt. auf dem linken Ohre beobachtet.

Nach dem von Levy (9) erstatteten Berichte über die in Kopenhagen bestehende Klinik und Poliklinik für ohren-, nasen-, kehlkopfkranke Soldaten und deren Frauen und Kinder wurde dieses Institut in den Jahren 1888—1893 von 3156 Männern, 138 Frauen und 481 Kindern besucht. Es entfielen auf die Erkrankungen des äusseren Ohres 633 Fälle (allein 342 Fälle = 9,3 pCt. der Totalzahl von Cerumenansammlung), auf die Erkrankungen des Trommelfelles 241 Fälle (207 Fälle von Myringitis, 34 von Rupturen), auf die Mittelohraffectionen 2022 Fälle, auf die Erkrankungen des inneren Ohres 20 Fälle.

Von Operationen wurden ausgeführt 204 Paracentesen, 45 Polypenextractionen, 11 Aufmeisselungen des Warzentheiles.

Gradenigo (10) berichtet über 1031 ambulatorisch behandelte Kranke, von denen 57,8 pCt. dem männlichen, 42,1 pCt. dem weiblichen Geschlecht angehörten. Von den 2424 Krankheitsfällen beschränkten sich 1711 auf das Gehörorgan, und zwar auf das äussere Ohr 336, das Mittelohr 1039, den Warzenfortsatz und das Endocranium 206, das innere Ohr 130.

III. Diagnostik.

1) Zwaardemaker, H., Ein Initialsymptom der Sclerose. Zeitschr. f. Ohrenheilkunde. XXVIII. 2. — 2) Dennert, Ueber den gegenwärtigen Stand der Hörprüfungen. Verh. d. D. Otol. Ges. — 3) Bezold, Ueber den gegenwärtigen Stand der Hörprüfungsfrage. Ebendas. — 4) Denker, Die physiologische obere und untere Tongrenze. Ebendas. — 5) Corradi, C., Ueber eine Methode mittelst eines neuen Instrumentes Töne von gleicher Intensität mit Stimmgabeln zu erzielen. Wien. med. Zeitung. — 6) Jankau, L., Otolog. Mittheilung. (Aus der Universitätsklinik für Ohrenkrankheiten in München.) Deutsche med. Wochenschr. 37. — 7) Pooley, Thomas R., On the value of the ophthalmoscope as an aid to the diagnosis of cerebral disease in purulent affections of the middle ear. Med. Record. 15. VIII. — 8) Bezold, Fr., Ueber den gegenwärtigen Stand der Hörprüfung. Zeitschrift für Ohrenheilkunde. XXIX. 1. — 9) Denker, Alfred, Bemerkungen zu den in der Deutsch. med. Wochenschr. veröffentlichten otologischen Mittheilungen des Herrn Dr. L. Jankau. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. X. — 10) Ostmann, Simulation und Verkennung von Krankheitszuständen des Gehörapparates. Ebendas. IX. — 11) Dennert, Herm., Zur Wahrnehmung der Geräusche. Archiv für Ohrenheilkunde. XLI. 2. — 12) Bolewski, T., Von der Perception höherer Töne bei nicht traumatischen Krankheiten des inneren Ohres. Nowiny lekarskie. No. 4 und 5.

Als ein Zeichen von beginnender Sclerose der Mittelohrschleimhaut ohne Labyrinthcomplication bezeichnet Zwaardemaker (1) eine fast in allen Fällen zu beobachtende Verschiebung der oberen Tongrenze über die normale Grenze hinaus, so dass vom sclerotischem Ohre während der ersten Jahre des Krankheitsprocesses noch 1, 2 oder mehr Halbtöne gehört werden, welche für normale Personen gleichen Alters gänzlich unhörbar sind. Diese Verschiebung der Tongrenze glaubt Verf. auf das Fortfallen der Massenschwingungen der Gehörknöchelkette zurückführen zu dürfen, wodurch das Hören der tieferen Töne beeinträchtigt wird, gleichzeitig aber auch die Interferenz fortfällt, welche bei beweglicher Kette zwischen den Schwingungen en bloc und den Molecularschwingungen der Knöchelchen existiren muss.

Dennert (2) giebt zunächst einen geschichtlichen Ueberblick über die erst in unserem Jahrhundert begonnene und in den letzten Decennien auf exacterer Basis weitergeführte Entwicklung der Hörprüfungen. Was die physiologische Bedeutung der Theile des Gehörorganes betrifft, so hält es Verf. für feststehend, dass die Schnecke das Organ für die Klanganalyse ist; in Bezug auf Vorhof und Bogengänge gehen die Meinungen auseinander, da die Frage noch nicht gelöst ist, ob diese Organe nur ein statisches Organ darstellen. Da, wie Verf. hervorhebt, sowohl für das Gehör wie für die Orientirung im Raume den Sinnesreiz in letzter Instanz der Druck darstellt, so kann es nicht befremden, dass zwei Sinnesempfindungen in einem Organe ausgelöst werden.

Dass Töne und Geräusche physicalisch nicht wesentlich von einander verschieden sind, indem ein einmaliger Anstoss nicht eine, sondern mehrere Wellen erzeugt, betrachtet Verf. als sicher; zur Wahrnehmung von Tönen und Geräuschen wären demnach nicht verschiedene Nervenendapparate erforderlich.

Ein wichtiges Moment für die Lösung der Hörprüfungsfrage erblickt Verf. in der Berücksichtigung des Schallquantums, da die Wirkungsweise einer Wellenbewegung auf das Gehörorgan nicht allein von ihrer objectiven Intensität oder ihrer lebendigen Kraft, sondern auch von der grösseren oder geringeren Anzahl von Wellen abhängig ist, welche in einer bestimmten Zeiteinheit zur Wirkung kommen. Das Schallquantum ist für verschieden hohe Töne in gleichen Zeiteinheiten ein sehr verschiedenes; während z. B. in der kleinen Octave in einem Schall von $^1/_{20}$ Secunde Dauer 6 bis 20 Schallwellen zur Wirkung kommen, beträgt die Anzahl derselben in der 4 gestrichenen Octave in der gleichen Zeit 106—198.

Bezüglich der einzelnen Prüfungsmethoden erwähnt Verf., dass keine, namentlich keine auf die craniotympanale gerichtete, unanfechtbar ist, weil zahlreiche Einwirkungen durch das Alter des Patienten, die Dicke und Lufthaltigkeit der Knochen, sowie durch Krankheitsprocesse bedingt sind, überdies auch die Ausschliessung eines gesunden Ohres bei der Prüfung nur unvollkommen gelingt.

Von den Hörprüfungsmitteln muss der Sprache der grösste Werth beigemessen werden; doch besitzen auch die Stimmgabeln grosse Vorzüge, zumal wir ihre physicalischen Gesetze kennen und ihre Wellenbewegungen nach Intensität, Qualität und Quantität beliebig variirt werden können.

Den einen Zweck der Hörprüfung: die Feststellung des Grades der Hörschärfe, hält Verf. jetzt als nahezu

erreicht; in differentiell-diagnostischer Beziehung wird es jedoch noch weiterer angestrengter Arbeit bedürfen.

Bezold (3) betrachtet ein Gehörorgan dann für vollkommen untersucht, wenn die einzelnen Töne der continuirlichen Reihe in kleinen Intervallen auf die ihnen zukommende Perceptionsdauer durch Luft- und Knochenleitung geprüft und in Vergleich mit der normalen Perceptionsdauer gestellt sind. In vollem Umfange ist eine so zeitraubende Hörprüfung allerdings nur in solchen Fällen erforderlich, in welchen partielle Defecte oder vollständige Lücken im Verlaufe der Scala zu erwarten sind, wie z. B. bei hochgradiger nervöser Schwerhörigkeit.

Zu einer raschen Uebersicht über den Hörbereich führt die Prüfung mit der Sprache, wobei mit besonderem Vortheile die Zahlwörter gewählt werden; und es ergiebt sich hier, dass im Allgemeinen die tiefen Laute bei Affectionen des Schallleitungsapparates am schlechtesten gehört werden.

Die Prüfung der craniotympanalen Leitung mit Hülfe des Weber'schen, Rinne'schen und Schwabach'schen Versuches hält Verf., trotz den diesen Prüfungsmethoden anhaftenden Mängeln, bei einem kritischen Vorgehen für durchaus unentbehrlich; er benutzt hierzu vorzugsweise die Stimmgabel a'.

Die continuirliche Tonreihe in ihrer jetzigen Gestalt besteht aus 10 Stimmgabeln von 15 v. d. an bis zum dreigestrichenen c, von denen jede etwa eine Quinte enthält. Das obere Stück der Tonreihe von c_2 bis zur oberen Tongrenze ist in 2 gedackten Orgelpfeifchen und dem verbesserten Galtonpfeifchen, welches bis 55000 Schwingungen giebt, enthalten.

Denker (4) hat 1250 Schüler und Schülerinnen der höhern Lehranstalten in Hagen i. W. bezüglich ihrer Hörfähigkeit untersucht, und zwar 754, welche ein Alter von 13 Jahren erreicht hatten, vollkommen, d. h. mit Hülfe der Sprache und der continuirlichen Tonreihe, die jüngeren hingegen nur mit der Sprache. Von den 1508 vollkommen geprüften Gehörorganen hörten 956 die Flüstersprache auf 15 m (normal); Töne von 13 bis 16 Schwingungen hörten etwa $^2/_3$ der Gehörorgane, während der Rest nur eine untere Tongrenze von 17 bis 30 Schwingungen aufwies. Im Durchschnitt lag die untere Tongrenze bei 16,26, bei den ganz normalen Gehörorganen sogar bei 15,74 Schwingungen in der Secunde, also noch tiefer als der von Bezold gefundene Mittelwerth (17,04). Die obere Tongrenze reichte im Durchschnitt bis ca. 1,0.

Objectiv zeigten 627 Gehörorgane vollkommen normale Verhältnisse, während bei den übrigen theils Cerumenansammlungen, theils Zeichen von Mittelohrcatarrh oder Residuen von Entzündungsprocessen nachweisbar waren.

Corradi (5) hat versucht an Stelle der von Gradenigo angegebenen hufeisenförmigen Metallbremse, welche eine constante Schallintensität der Stimmgabeln herbeiführen soll, wegen ihrer unbequemen Handhabung und Kostspieligkeit aber keinen grossen practischen Werth beanspruchen könne, ein einfacheres Instrument für den gleichen Zweck zu construiren. Dasselbe stellt eine Art zweiblättriger und gebogener Stahlfeder dar, welche an der Stelle der stärksten Convexität von einem hölzernen Griffe gehalten ist. Die beiden Blätter laufen von der Biegung bis zu einem gewissen Punkte fast parallel, um dann mehr oder weniger zu divergiren. Um die Stimmgabel in Schwingung zu versetzen, wird die Stahlfeder zwischen die Zinken mit ihrem engeren Theile eingeführt, wobei man darauf achten muss, dass die Zinken stets in derselben Höhe, etwa dicht unter den Klemmen getroffen werden. Zieht man darauf das Instrument rasch heraus, so geht es mit seinem breiteren Theil zwischen den Zinken hindurch und versetzt diese so in Schwingungen von stets gleicher Stärke, weil die Zinken stets in gleichem Grade auseinandergedrängt werden. Durch verschiedene Deviation der Stahlfedern an verschiedenen Instrumenten ist man in den Stand gesetzt, bestimmte grössere oder kleinere Schwingungsintensitäten zu erzeugen.

Jankau (6) hat festgestellt, dass die Durchschnittszahl Erwachsener das Uhrticken auf etwa 2 m Entfernung hört. Bei Kindern ist die Perception durch Luftleitung umso kleiner, je jünger dieselben sind, so dass erst vom 6.—8. Lebensjahre an eine normale Hörweite für das Uhrticken zu verzeichnen ist. Das jüngste mit Erfolg untersuchte Kind war erst 2 Jahre 7 Monate alt; es hörte Flüstersprache auf 4 m. Erst mit dem 10. bis 12. Jahre ist die Hörweite für Flüstersprache der des Erwachsenen völlig gleich; und zwar hat sich gezeigt, dass ein normal hörender Erwachsener die Flüstersprache nicht, wie in der Regel angegeben wird, auf 25 m, sondern für Worte auf 10—12 m, für Zahlen auf 14—15 m hört.

Pooley (7) legt in zweifelhaften Fällen von otogenen Hirncomplicationen sehr grosses Gewicht auf den ophthalmoscopischen Befund, welcher andere Symptome in ihrer diagnostischen Bedeutung ergänzen oder selbst den einzigen Fingerzeig für die Erkennung der Hirnaffection abgeben könne. Das intraoculare Ende des Opticus finde sich nur entzündet, wenn eine Hirnkrankheit bestehe, niemals bei Otitis oder Mastoiditis ohne cerebrale Complication. Die einzelnen Formen der Neuritis optica, welche beschrieben werden, seien nur verschiedene Grade derselben Affection. Zur Localisirung der Hirnkrankheit sei die Neuritis optica nicht zu verwerthen; sie sei aber in den meisten oder allen zur Section gekommenen Fällen von intracraniellen Complicationen vorhanden gewesen (?). Eine unbedingte Aufforderung zu einem tieferen Eingriffe als der Eröffnung des Warzenfortsatzes erblickt Verf. in der Neuritis optica nicht.

Denker (9) wendet sich gegen die Behauptung von Jankau (6), dass ein normal hörender Erwachsener eine Hörweite von 10—12 m für Flüstersprache (Worte) und etwa 14—15 m Flüstersprache (Zahlen) habe und führt dagegen seine auf gründliche Untersuchungen basirten Ergebnisse (siehe oben No. 4) an.

Ostmann (10) weist darauf hin, dass es bei der Prüfung des Hörvermögens unter besonderer Berücksichtigung der Simulationsfrage in erster Linie nicht auf möglichst vollkommene acustische Instrumente und Apparate ankomme, als auf eine gute Kenntniss der Krankheitszustände des Gehörapparates und auf eine durch Erfahrung gewonnene Menschenkenntniss. Der Verdacht auf Simulation entspringe häufig aus der Verkennung des Krankheitszustandes von Seiten des Arztes, nicht selten auch aus einer Unfähigkeit des Kranken zur Selbstbeobachtung; und so werde mancher wirklich

Kranke durch das Auftreten des von vornherein misstrauischen oder von der Simulation überzeugten Arztes geradezu zur Uebertreibung oder Simulation von Symptomen gedrängt.

Dennert (11) erörtert die Frage, ob Geräusche und Klänge physikalisch principiell verschiedene Schallarten seien und ob es bei Individuen mit einer Schnecke ausserdem noch eines besonderen Nervenendapparates für die Wahrnehmung der Geräusche bedürfe. Versuche, welche Verf. mit Hülfe der Flammenbilder am rotirenden Spiegel angestellt hat, sowie die Thatsache dass er eine Reihe von Schallbewegungen, die man als Geräusche zu bezeichnen pflegt, durch periodische Bewegungen allein zu erzeugen im Stande war, indem er zu diesem Behufe die periodischen Bewegungen verschiedener Schallquellen mit einander combinirte und zugleich auch die Interferenzerscheinungen verwerthete, haben zu dem Ergebniss geführt, dass ein einmaliger Anstoss nicht eine, sondern mehrere Wellen erzeugt, dass vom physikalischen Standpunkte aus also kein principieller Unterschied zwischen Klängen und Geräuschen besteht.

Sonach bedarf es auch für die Wahrnehmung von Klängen und Geräuschen nicht verschiedener Nervenendapparate.

[Bolewski (12) erörtert kritisch die Frage, inwiefern die herabgesetzte oder fehlende Perception hoher Töne bei Affectionen des inneren Ohres resp. des Acusticusstammes diagnostisch zu verwerthen ist. Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden.

Schoengut (Krakau).]

IV. Therapie.

1) Bruck, Alfred, Zur Behandlung der chronischen Eiterungen im oberen Trommelfellpol (Atticuseiterungen) mittelst einer neuen Canüle. (Aus Dr. B. Baginsky's Poliklinik für Ohren-, Nasen-, Halskrankheiten.) Deutsche med. Wochenschr. No. 4. — 2) Ferreri, Gherardo, Sulla gimnastica della membrana timpanica e degli ossicini. Descrizione di un nuovo apparecchio. Arch. ital. di Otolog. II. — 3) Grunert, Beitrag zur operativen Freilegung der Mittelohrräume. (Aus der Kgl. Univ.-Ohrenklinik in Halle.) Arch. f. Ohrenheilkd. XL. 3 u. 4. — 4) Hamon du Fougeray, Etude sur les diverses méthodes de pansement des otites moyennes purulentes chroniques. Annales des mal. de l'oreille. Juni. — 5) Lucae, A., Zwei Arten automatischer Drucksonden zur Behandlung gewisser Formen von Hörstörungen und Regulirung der Druckstärke an meiner ursprünglichen Handdrucksonde. Berl. klin. Wochschr. 24. — 6) Scheibe, A., Neuerung an Paracentesennadeln. Verhandl. der deutsch. otol. Gesellsch. — 7) Derselbe, Aufmeisselung des Warzentheils unter Localanaesthesie. Ebendas. — 8) Lautenbach, Louis, J., Phono- and pneumo-massage in suppurative disease of the ear. Med. and surg. Rep. 18. VII. — 9) Kretschmann, Die operative Eröffnung der Mittelohrräume. Eine für den practischen Arzt bestimmte Schilderung der jetzt üblichen operativen Behandlungsweisen eines Theiles der Mittelohreiterungen. Klin. Vorträge von Haug. II. 1. — 10) Moure, E. J., Du traitement chirurgical de la surdité et des bourdonnements. Bordeaux. — 11) Hamon du Fougeray, Note sur l'emploi des diverses gazes et en particulier de la gaze à la chinoline naphtolée de Haug. Revue de laryngologie. 7. VIII. 12) Jankau, L., Otologische Mittheilungen (Aus der Universitäts-Poliklinik für Ohrenkrankheiten in München.) Deutsch. med. Wochenschr. 37. — 13) Geronzi, Gaetano, Il guajacolo come anestetico. Arch. ital. di otol. III. — 14) Villa, Achilles, Il biossido d'idrogeno e lo jodo nascente nell' otite media purulenta chronica. Ibid. — 15) Fridenberg, Percy H., Hygienic principles in the prevention of ear diseases. Med. News. 8. VIII. — 16) Urbantschitsch, V., Zur operativen Freilegung des Mittelohres. Wien. klin. Wochenschr. 29. — 17) Bronner, Ad., Some recent modifications in the surgical treatment of diseases of the attic and mastoid process. (Schilderung der Operationsmethoden von Schwartze, Küster, Bergmann, Stacke, Anführung der Indicationen nach Schwartze.) Brit. med. Journ. 17. X. — 18) Hammerschlag, Ueber Athem- und Pulsationsbewegungen am Trommelfell. Wien. med. Wochenschr. 39. 40. — 19) Cohen-Kysper, Ueber ein neues Verfahren zur Behandlung der Schwerhörigkeit beim chronischen Catarrh und nach Eiterungen der Paukenhöhle. Zeitschr. f. Ohrenhlkde. XXIX. 4. — 20) Jankau, L., Die Doppelmassage, eine neue Behandlungsmethode bei gewissen Ohrenerkrankungen. (Aus der Univ.-Poliklinik f. Ohrenkrankheiten in München.) Deutsch. med. Wochenschr. 46. — 21) Stacke, Ludwig, Die operative Freilegung der Mittelohrräume nach Ablösung der Ohrmuschel als Radicaloperation zur Heilung veralteter chronischer Mittelohreiterungen, der Caries, der Necrose und des Cholesteatoms des Schläfenbeins nebst Krankengeschichten der ersten hundert operirten Fälle. Tübingen. — 22) Gellé, Georges, L'eau oxygénée en oto-rhinologie, son double rôle hémostatique et antiseptique. Revue hebd. de laryng. 46. 47. — 23) Lubet-Barbon, Réflexions à propos de quelques résultats eloignés de l'ouverture large de l'antre et de la caisse. Arch. intern. de laryngol. Nov. Dec. — 24) Wegener, Zur mechanischen Behandlung der Sclerose der Paukenhöhlenschleimhaut. Arch. f. Ohrenheilkde. XLI. 3 u. 4. — 25) Katz, L., Ein Instrument bestimmt für die Operation in der Tiefe des Schläfenbeins. (Mastoïdlöffel.) Deutsch. med. Wochenschr. 50. — 26) Rousseaux et Hennebert, De l'antrectomie. Revue hebd. de lar. 51. — 27) Grunert, C., Was können wir von der operativen Entfernung des Steigbügels bei Steigbügel-Vorhofsankylose zum Zweck der Hörverbesserung erhoffen? (Aus der Kgl. Univ.-Ohrenklinik in Halle a. S.) Arch. f. Ohrenheilkde. XLI. 3 u. 4.

Bruck (1) empfiehlt eine Canüle zur Behandlung der Eiterungen im Kuppelraume, welche bequem handlich, auch unter ungünstigen Lageverhältnissen eingeführt, dem Patienten keine Schmerzen macht, bei gleichzeitiger ständiger Controle des Gesichtsfeldes leicht in jeder gewünschten Lage fixirt werden kann und die Instillation aseptisch oder adstringirend wirkender Flüssigkeiten an eine bestimmte Stelle hin gestattet. Das Caliber des gerade verlaufenden, direct auf eine Spritze aufzusetzenden Röhrchens von etwa 9 cm Länge ist wesentlich kleiner als bei dem Instrumente von Hartmann, die Spritzöffnung ist seitlich angebracht, so dass durch Drehung der Canüle der Strahl auf die bestimmte Stelle gerichtet werden kann.

Grunert (3) giebt zunächst eine pathologisch-anatomische Statistik der 209 von ihm bearbeiteten Fälle von chronischer Mittelohreiterung, bei welchen in der Hallenser Ohrenklinik die Mittelohrräume freigelegt worden sind und welche sich in 113 Fälle von Caries und 96 Fälle von Cholesteatom scheiden. Bei der ersten Gruppe war die Paukenhöhle mit wenigen Ausnahmen betheiligt, die Caries war 21 mal auf die Gehörknöchelchen beschränkt, im übrigen fand sich be-

sonders das Tegmen und das Promontorium lädirt; Bogengangfisteln bestanden 3 mal. Was die Häufigkeit der Erkrankung an den Knöchelchen betraf, so überwiegt die Ambosscaries beträchtlich, und in keinem Falle, in welchem der Hammer erkrankt war, zeigte sich der Amboss gesund. Die Mastoidealräume waren in 99 Fällen (89 pCt.) in ausgesprochener Weise an der Caries betheiligt. Tuberkelbacillen wurden 3 mal gefunden. Osteosclerose des Warzenfortsatzes bestand 11 mal, kann also nicht als regelmässige Erscheinunng aufgefasst werden.

Die Cholesteatomgruppe zeigte ein bedeutendes Ueberwiegen der flächenartigen Cholest.-Form über die tumorenartige (32 pCt.); 5 mal war das Cholest. auf die Paukenhöhle und den Kuppelraum beschränkt, in den übrigen Fällen war der Warzenfortsatz betheiligt. Einmal fand sich bei Freisein der Mittelohrräume ein Cholesteatom unter der Oberfläche der unteren Gehörgangswand, zweimal war das Cholesteatom in den Gehörgang, einmal in die Kiefergelenkgrube durchgebrochen. In der Mehrzahl der Fälle verlief die Cholesteatombildung neben Caries. Die Ossicula waren in sämmtlichen Fällen cariös. Das innere Ohr war in 6 Fällen eröffnet, (5 mal Bogengang-Antrumfistel, einmal Zerstörung der inneren Paukenwand). Osteosclerose bestand 13 mal, Necrose des Canalis Faloppiae, stets an der Biegung nach dem Foramen stylo-mastoideum, 3 mal; superficielle Caries an dem Promontorium 12 mal.

Was das Operationsverfahren der Hallenser Klinik betrifft, so ist dasselbe nicht verändert worden, nur dass die über die Fläche gekrümmten Meissel nicht mehr benutzt werden.

Unter den 209 operirten Fällen ist 9 mal eine Facialislähmung eingetreten, welche in 3 Fällen primär (direct) war.

Was die Frage anbelangt, ob man einen cariösen Stapes bei der Exenteration der Paukenhöhle mit entfernen dürfe, wenn die Function noch nicht aufgehoben ist, so ist dieselbe nach Experimenten des Verf.'s an Haustauben im Allgemeinen zu bejahen, da der Entfernung des Steigbügels (resp. der Columella) nicht mit Nothwendigkeit eine erhebliche Functionsschädigung zu folgen braucht und auch der Eintritt einer intracraniellen Folgekrankheit nicht zu fürchten ist.

Die den Abschluss der Freilegung bildende Hautplastik hat wesentliche Aenderungen nicht erfahren. Auch jetzt noch bleibt die Haut der vorderen Gehörgangswand in Contact mit ihrer knöchernen Unterlage und werden zwei Hautlappen aus der abgelösten hinteren Gehörgangswand gebildet. Die Dura wird nur dann plastisch bedeckt, wenn sie intact ist. Bei grossen Cholesteatomen wird die Gehörgangsplastik grundsätzlich mit einer retroauriculären Lappenbildung verbunden, weil auf diese Weise allein die Persistenz der retroauriculären Oeffnung gewährleistet wird.

Was die Nachbehandlung betrifft, so besteht das Bestreben, die einheitlich gebildete Knochenhöhle persistent zu erhalten durch Epidermisirung ihrer Wandungen von der vorderen Gehörgangswand und den operativ gebildeten plastischen Epidermislappen aus. Dabei müssen die aus den Wandungen aufschiessenden Granulationsmassen in Schranken gehalten werden (sterile Mullgaze, Tamponade, Aristolpulver, später Zutritt der Luft, reine Milchsäure, im besten Galvanocauter).

Das Ergebniss der Operation war 99 mal Heilung, 37 mal Beseitigung der Eiterung, 34 mal Fortbestehen derselben, 11 Todesfälle, 16 ausgeblieben, 1 in Behandlung, 2 unbekannt. Hörverbesserung trat bei intactem Labyrinth 21 mal, Verschlechterung einmal, keine Veränderung einmal, bei nicht intactem Labyrinth Hörverbesserung 12 mal, Verschlechterung einmal, keine Veränderung 25 mal ein.

In seiner historisch-kritischen Studie über die Behandlung der chronischen Mittelohreiterung unterscheidet Hamon du Fougeray (4) 4 Perioden seit dem Jahre 1867, d. h. seit der Einführung der Antiseptik durch Lister: 1. 1867—1879 Periode des Zweifels, der ärztlichen Versuche und mehr oder weniger irrigen Anwendungen der Lister'schen Methode. 2. 1879—1885 Periode der (Borsäure-) Behandlung nach Bezold. 3. 1885—1894 Periode der kritischen Untersuchungen und Experimente mit zahlreichen Medicamenten mit dem Bestreben, das beste Mittel zur Zerstörung der Infectionsstoffe zu finden. 4. Seit 1894 Einführung der wahren antiseptischen Methode nach allgemein chirurgischen Regeln (Grundlage der specialen Chirurgie).

Lucae (5) hat schon bevor die electrischen Drucksonden von Garnault und von Lester veröffentlicht worden waren, Versuche in derselben Richtung gemacht. Das Resultat derselben ist eine Drucksonde, deren Vibrationen durch directe Verbindung der Sonde selbst mit dem electrischen Anker bewirkt werden und mit Hülfe einer ähnlichen Schraubenvorrichtung, wie sie an jedem Inductionsapparate vorhanden ist, beschleunigt oder verlangsamt werden können. Die Handhabung nimmt nur eine Hand in Anspruch; zum Betriebe dienen 5—8 Leclanché-Elemente.

Mit der electrischen Drucksonde erreicht man in Folge der Geschwindigkeit der Vibrationen in Secunden denselben Erfolg, den die Hand-Drucksonde erst nach Minuten ergiebt. Freilich gehört eine sehr geschulte Hand dazu, den Apparat schnell auf den kurzen Hammerfortsatz aufzusetzen und dort sicher zu fixiren.

Eine einfachere und handlichere Vorrichtung anderer Art, welche anstatt der electromotorischen Kraft eine starke Uhrfeder zum Betriebe der Drucksonde benutzt, hat dem Verf. gleichfalls gute Dienste geleistet. Das laterale Ende der Sonde endigt in Gestalt einer Messerschneide, welche zwischen die Zähne eines Zahnrades eingreift. Hinter dem Zahnrade befindet sich die Trommel für die Uhrfeder, welche durch Druck des Daumens auf einen Knopf zum Ablaufen gebracht wird, wobei unter jedesmaliger Mitwirkung einer Spiralfeder die Drucksonde von Zahn zu Zahn fortgleitet. Hierdurch werden in kürzester Zeit eine grosse Anzahl Vibrationen hervorgebracht, deren Zahl, da das Rad 14 Zähne besitzt und beim Ablaufen 8 Umdrehungen macht, sich auf 112 beläuft. Das beim Ablaufen entstehende Geräusch ist den Kranken weniger unangenehm als das des electrischen Unterbrechers. Bei den ersten Anwendungen des Apparates ist die Feder nur theilweise aufzuziehen.

Verf. ist der Ansicht, dass durch die neuen Vorrichtungen seine Hand-Drucksonde nicht verdrängt werden wird, weil diese allein die Erkennung der Beweglichkeit des Leitungsapparates zulässt. Auch die Hand-Drucksonde ist verbessert worden durch eine einfache, am Griffende angebrachte Schraubenvorrichtung, mittelst deren man die Spannung der im Griffe befindlichen Spiralfeder verändern, also die Druckstärke vergrössern oder verringern kann.

Scheibe (6) hat, um den Moment der ersten Be-

rührung des Trommelfelles bei der Paracentese besser ersichtlich zu machen, an seinen Paracentesennadeln eine in zwei Oesen laufende feine Sonde angebracht, deren Knöpfchen vor der Operation ein paar Millimeter über die Nadelspitze hinausgeschoben wird und bei deren Auftreffen auf das Trommelfell die Membran sich leicht bewegt. Der Durchstich kann dann, wobei die Sonde sich von selbst zurückzieht, leicht und rasch ausgeführt werden, und auch bei der Verlängerung des Schnittes nach unten ist die Sonde nicht hinderlich.

Scheibe (7) empfiehlt auf Grund von 7 eigenen Beobachtungen, bei acuten Mittelohreiterungen die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes unter Localanaesthesie mit Aethylchlorid vorzunehmen. Er war nur einmal, bei einem Phthisiker, genöthigt, nach Anlegung des Hautschnittes und Zurückschiebung des Periosts, welche beide Theile der Operation bei weitem die schmerzhaftesten zu sein pflegen, noch Chloroform zu Hülfe zu nehmen. Wichtig ist, dass schnell operirt wird, soweit die Weichtheile in Frage kommen; das Operiren am Knochen ist auffallend wenig schmerzhaft. Wer aber langsam operirt, soll die etwas unbequemen Schleich'schen Injectionen anwenden, deren Wirkung eine halbe Stunde andauert.

Moure (10) betont, dass es bis jetzt nicht möglich ist, einem an Sclerose leidenden Kranken die Versicherung zu geben, dass die Entfernung der Gehörknöchelchen, einschliesslich des Steigbügels, das Gehör bestimmt bessern und dass nicht vielleicht die Operation vielmehr eine Verschlechterung hervorrufen werde.

Hamon du Fougeray (11) hat an 73 Fällen von chronischer eiteriger Mittelohrentzündung Versuche über die Brauchbarkeit verschiedener Verbandgazen angestellt und gefunden, dass Jodoformgaze, Sublimatgaze, Salicylgaze mehr oder weniger irritirend wirken, Borsäuregaze zwar weniger reizt, aber schwach antiseptisch wirkt, dass hingegen die Naphtolchinolingaze von Haug (75 Theile Chinolin, 25 Theile Naphtol) grosse Vorzüge besitzt, da sie nicht reizt, gut desinficirt und desodorisirt und auf die Secretion günstig einwirkt. Verf. empfiehlt dieselbe daher dringend für die trockene Behandlung der Ohreiterung.

Jankau (12) beschreibt einen Apparat, welcher zur Verschliessung der Ohren bei solchen Arbeitern dienen soll, welche fortwährenden Geräuschen ausgesetzt sind. Derselbe besteht aus Hartgummipfröpfen, welche durch einen um den Hals gelegten Faden verbunden sind.

Für den Catheterismus wird ein grosser kugelförmiger Ballon verwendet, welcher je ein Ventil am Ansatz und am entgegengesetzten Theile seiner Wandung trägt und daher das Ausführen aus dem Catheter nach jeder Compression unnöthig macht.

Ein zur Reinigung des Ohres dienendes Instrumentchen für Laien besteht aus einem einer Haarnadel gleich abgerundeten Hartgummiplättchen, das an dem Biegungswinkel eine löffelartige Kappe enthält und nur so gross ist, dass das Trommelfell nicht berührt werden kann.

Urbantschitsch (16) hat in den letzten beiden Studienjahren in 72 Fällen die Mittelohrräume freigelegt; 33 Patienten waren männlichen, 39 weiblichen Geschlechts, 23 standen im Kindesalter (unter 15 Jahren). Die Dauer der Eiterung betrug nur 6 mal unter einem Jahre, in mehreren Fällen bereits Jahrzehnte. 47 Fälle zeigten cariöse Processe im Mittelohre, 13 Fälle Caries und nicht ausgedehnte Cholesteatombildung, 12 Fälle waren mit massenhaft angesammelten cholesteatomatösen Bildungen complicirt. Das Antrum mastoideum war in 42 Fällen ohne auffallende Grössenveränderung, 11 mal abnorm klein, 18 mal abnorm gross, darunter 5 mal von colossaler Ausdehnung (Cholesteatom), 9 mal lag die Dura bloss. In einem Falle war die Dura perforirt, wobei necrotische Hirntheile in die Paukenhöhle eingetreten waren. Der Sinus transversus wurde in einer grösseren Zahl von Fällen blosgelegt oder zeigte sich bereits durch den Erkrankungsprocess freigelagert, in einem Falle im grössten Theile seines Verlaufes bis zum Bulbus venae jug. Der Hammer war 8 mal gesund, 62 mal cariös, 2 mal fehlte er; der Amboss war 6 mal gesund, 63 mal cariös, 3 mal fehlte er; 2 mal bestand Hammeramboss-Ankylose. Facialislähmung bestand 1 mal, leichtere Paresen kamen mehrmals vor; während der Operation erfolgten Erscheinungen von Seiten des Facialnerven in keinem Falle, abgesehen von wiederholt aufgetretenen Zuckungen während des Meisselns oder Auskratzens. Von besonderen Zufällen werden zweimal heftige arterielle Blutungen bei der Operation, einmal heftige convulsivische Zuckungen der Extremitäten der entgegengesetzten Seite erwähnt.

Was die Operation selbst betrifft, so legt Verf. den Hautschnitt parallel und nahe der Muskelinsertion an, obere und hintere Umrandung des knöchernen Gehörganges werden vollständig freigelegt, die Mittelohrräume werden nach der Zaufal'schen Vorschrift eröffnet. Die Siebenmann'sche Transplantation hat sich dem Verf. nicht bewährt; am meisten befriedigt ihn die Verwendung der Cutis der hinteren Gehörgangswand zur Transplantation (Pans); eine vollständige Wundnaht nimmt Verf. nur selten vor, und zwar nur bei Beschränkung der Erkrankung auf den Kuppelraum. Sehr wichtig ist die Nachbehandlung bis zur vollständigen Austrocknung der Operationshöhle und die Hintanhaltung der Granulationsbildung durch Einlegung von gesäumten Jodoformgazestreifen resp. Aetzungen mit Chromsäure. Die Frage der retroauriculären Oeffnung lässt Verf. noch offen; bei geringer Neigung zur Granulation und bei geringer Secretion lässt er die Oeffnung sich schliessen.

Von den 72 Fällen ergaben bisher 28 Fälle eine vollständig trockene Höhle (13 mal binnen 6—12 Wochen, 8 mal binnen 3—4 Monaten, 4 mal binnen 5—6 Monaten, je einmal binnen 7, 12, 16 Monaten). In der Mehrzahl der Fälle trat nach der Operation eine Gehörverbesserung ein.

An 4 ohrgesunden Individuen hat Hammerschlag (18) mit Hülfe eines besonders construirten Apparates beobachtet, dass das Trommelfell constante, mit der Systole des Herzens zusammenfallende Bewegungen zeigt. Auch bewegte sich das Trommelfell stets bei ruhiger Athmung während der Inspiration nach aussen, während der Exspiration nach innen. Verf. schliesst daraus, dass die Trommelhöhle im normalen Zustande mit dem Nasenrachenraume frei communicirt. Der Exspirationsstrom reisse die Luft aus dem Mittelohre mit, wodurch das Trommelfell nach innen gezogen werde; die Exspirationsluft dringe in die Tube ein. Die Trommelhöhle verkleinere bei jeder Systole ihr Lumen, wodurch das Trommelfell nach aussen rücke.

Cohen-Kysper (19) hat den Versuch gemacht, auf die hyperplastischen Paukenhöhlenprocesse durch eiweisslösende Fermente einzuwirken, welche er mit Hülfe einer modificirten Koch'schen Injectionsspritze durch das Trommelfell in der Steigbügelgegend einspritzt, bei perforativen Fällen unter Benutzung des vorhandenen Defectes; und zwar hat sich als geeignetes Quantum eine Flüssigkeitsmenge von 2—3 dcg ergeben. Zuweilen scheidet sich schon kurze Zeit nach der Injection ein seröser Erguss in der Paukenhöhle aus,

welcher in den Gehörgang austritt; nach Pepsininjection ist diese Exsudation gering, nach Papayotineinspritzung copiös.

Zweck haben diese Injectionen nur dann, wenn Flüsterstimme wenigstens noch am Ohre gehört wird in Fällen, in welchen der Catheter sich als unwirksam erwiesen hat. Zwei Drittel der 80 mit Pepsin behandelten Fälle wurden gebessert; ähnliche Resultate gab auch die Papayotinbehandlung; zuweilen betrug die Besserung das Doppelte bis Dreifache für Flüstersprache. Auch die subjectiven Geräusche und sonstige nervöse Begleiterscheinungen wurden in ähnlicher Weise günstig beeinflusst.

In den meisten Fällen wurde nur eine Injection von Hundepepsin vorgenommen; der Gefahr einer übermässigen Reizung wegen glaubt Verf. eine Wiederholung vor Ablauf von einigen Monaten nicht anrathen zu dürfen.

Die „Doppelmassage", welche Jankau (20) empfiehlt, wird in der Weise ausgeübt, dass von dem mit dem Catheter verbundenen Ballon ein zweiter, an einem Schlauchstück befestigter Ansatz in den Gehörgang des Patienten fest eingeführt wird. Hierauf werden mit dem Ballon ca. 200—300 kurze Druckbewegungen ausgeführt, wodurch eine massageartige Wirkung von der Tube und vom Gehörgange her im gleichen Sinne auf die Paukenhöhle ausgeübt wird. Das Verfahren soll in allen Fällen indicirt sein, in welchen der Catheterismus anwendbar ist.

Um den dem Delstanche'schen Rarefactor anhaftenden Mangel der zu langsamen Thätigkeit zu vermeiden, den Vulpius durch sein einfaches Verfahren der Luftverdichttung und -Verdünnung mit Hülfe einer einfachen Spritze in primitiver Weise zu umgehen gesucht hat, hat Wegener (24) einen „Vibrationsmasseur" zur Behandlung der Sclerose construirt. Auf einer 36 cm langen, halb so breiten, etwa 7,5 kg schweren Metallplatte, die auf einer dicken Filzunterlage ruht, befinden sich zwei Träger für ein grösseres und kleineres Rad. Ersteres, das durch eine Kurbel mit der Hand gedreht wird, überträgt seine Kraft durch einen Transmissionsriemen auf das kleinere Rad, welches in der Minute leicht 300—400 Umdrehungen machen kann. Durch einen an der Axe des kleinen Rades angebrachten Excenter wird die rotirende Bewegung in eine geradelinig hin- und hergehende umgewandelt. Die auf diese Weise bewegte Stempelstange, deren dem Stempel zugekehrtes Ende graduirt ist, kann durch eine auf den Excenter eingesetzte Stellschraube je nach der gewünschten Wirkung verkürzt oder verlängert werden. Bei Bewegung des grossen Rades drückt die Stange den Stempel in einem Cylinder mit grosser Geschwindigkeit auf und nieder, so dass in letzterem und einem ihm angefügten in das Ohr luftdicht eingesetzten Schlauch die Luft sehr schnell abwechselnd verdichtet und verdünnt wird.

Der „Mastoidlöffel" von Katz (25) hat den Zweck, bei der Operation in der Tiefe des Schläfenbeines den Meissel zu ergänzen oder zu ersetzen; das Instrument, welches sehr kräftig aus englischem Stahl gebaut ist, besteht aus einem Handgriffe, einem fast rechtwinkelig abgebogenen, starken Schenkel und einem kleinen, etwa 3 mm Durchmesser haltenden, starken, rechtwinkelig nach oben angefügten runden, scharfen Löffel. Derselbe ist bestimmt, centrifugal zu wirken, so dass eine Verletzung der medialen Theile des Operationsgebietes so gut wie ausgeschlossen erscheint.

Die theoretische Erwägung, dass die Stapesextraction nur unter besonders günstigen Bedingungen, vor Allem aber nur, wenn das Labyrinth intact ist, auf die Hörfähigkeit günstig wirken könne, findet nach Grunert (27) durch die in der Literatur niedergelegten und die eigenen, in der Hallenser Klinik gewonnenen practischen Erfahrungen eine vollkommene Bestätigung. Nur in einigen wenigen Fällen kann das Endresultat als ein befriedigendes bezeichnet werden. Die Indicationsstellung für die Operation von Jack, der sogar bei einem Taubstummen den Stapes zwecks Verbesserung entfernt hat, bezeichnet Verf. als an das Frivole grenzend. „Wir sollen nicht operiren, wenn wir von vornherein schon feststellen können, dass die Vorbedingungen für unseren Erfolg nicht gegeben sind (Labyrinthbetheiligung)". Der Erfolg ist übrigens auch bezüglich der subjectiven Geräusche ein zweifelhafter und nur in wenigen Fällen ein dauernd günstiger gewesen. Immerhin soll man in geeigneten Fällen bei der Aussichtslosigkeit anderer therapeutischer Versuche vor weiteren Operationen nicht zurückschrecken, umsomehr, als bisher in keinem Falle die Stapesextraction von einem tödtlichen Ausgange gefolgt gewesen ist, ein vollständiger Verlust des Gehörs in den Fällen beabsichtigter Entfernung des Steigbügels nach der Extraction nicht eingetreten ist, andere Erscheinungen, die sich an die Operation angeschlossen haben, wie Schwindel, Faciallähmung, stets vorübergehender Natur gewesen sind.

Die Operation wurde stets durch Vorklappung der Ohrmuschel und Abmeisselung des Margo tympanicus, eventuell des mediansten Theiles der hinteren Gehörgangswand, eingeleitet.

V. Aeusseres Ohr.

1) Arslan, Y., Ematoma acuto del condotto uditivo esterno sinistro. Arch. ital. di Otol. I. — 2) Barclay, Robert, Foreign bodies in the ear. Med. News. 11. I. — 3) Moure, E. J., Des ostéomes du conduit auditif et de leur traitement. Revue hebd. de Laryng. No. 3. — 4) Gruber, J., Coloboma auriculae; gelungene Plastik. Wien. klin. Woch. No. 14. — 5) Eitelberg, A., Otiatrische Mittheilungen. Wien. med. Presse. 17. — 6) Wright, G. A., Note on certain „dermoid" cysts. British med. Journ. 18. IV. — 7) Richardson, C. W., Ein Fall von lebenden Fliegenmaden in normalen Gehörgängen. Zeitschr. f. Ohrenhlkde. XXVIII. 4. — 8) Coosemans, Corne du pavillon de l'oreille. Rev. hebd. Laryng. No. 13. — 9) Koerner, O., Zur Operation erworbener Gehörgangsverschlüsse. Verhdl. der deutsch. Otol. Gesellsch. — 10) Bürkner, K., Anatomischer Befund bei Microtie und Atresie des Gehörgangs. Ebendas. — 11) Hagedorn, Max, Fremdkörper im Ohre. Zeitschr. f. pract. Aerzte. 17. — 12) Martha, A., L'Otite lactique chez le nouveau-né. Progr. méd. 23. — 13) Gruber, J., Missbildungen der Ohrmuschel. Wien. klin. Woch. 24. — 14) Ostmann, Behandlung bindegewebiger Stricturen des äusseren Gehörgangs mittelst Electrolyse. Berl. klin. Woch. 34. — 15) Hoffmann, A., Die Fremdkörper des Ohres, ihre Beziehungen zur Nachbar-

schaft und ihre Behandlung. Zwangl. Abhandlg. von Bresgen. I. 12. — 16) Bürkner, K., Ueber die Behandlung des Eczems am Ohre. Die Praxis. 16. — 17) Webster, Geo A., Othematoma with report of a case. Boston. Journ. 8. X. — 18) Scheppegrell, Des tumeurs chéloïdiennes de l'oreille externe. Revue hebd. 31. X. — 19) Braislin, William C., Ein Fall von lebenden Fliegenmaden im Ohre ohne vorausgegangene Eiterung. Zeitschr. f. Ohrenhlkde. XXIX. 4. — 20) Ostmann, Stichverletzung des rechten Ohres. (Aus dem Univ.-Institut für Ohren-, Nasen- und Halskranke in Marburg.) Deutsch. med. Woch. 12. XI. — 21) Hartmann, A., Ueber Hyperostose des äusseren Gehörgangs. Zeitschr. f. Ohrenhlkde. XXX. 1. — 22) Hessler, Die Epidermispfröpfe des Gehörganges. Arch. f. Ohrenhlkde. XLI. 3 und 4 und XLII. 1.

Bei einem 22 jährigen Manne gelang es Gruber (4), eine die ganze Muschel von der Helix nach vorn durchsetzende angeborene Spalte durch Auffrischung der Ränder und gesonderte Vernähung an der medialen und an der lateralen Fläche zur Heilung zu bringen. Um den weit abstehenden oberen Muscheltheil dem Schädel zu nähern, legte Verf. hinter der Muschel zwei nahezu 5 cm. lange, mit der Concavität einander zugewandte, sich oben und unten treffende Bogenschnitte, von denen der eine auf der Ohrmuschel, der andere auf dem Warzenfortsatze verlief, präparirte das dazwischen liegende Hautstück los und vernähte die Wundränder durch 5 Hefte.

Eitelberg (5) beschreibt den bei einem 10 Monate alten Kinde erfolgten Durchbruch eines Abscesses der unteren Parotislappen durch den äusseren Gehörgang. Das Trommelfell war intact. Des Weiteren berichtet Verf. über zwei Beobachtungen von Entstehung eines Ohrfurunkels in Folge von Cerumenanhäufung, beide Male bei jugendlichen Individuen.

Wright (6) beschreibt einen Fall von Geschwürsbildung vor der Helix bei einem 8 jährigen Mädchen. Das Centrum der Ulceration wurde von einer Einbuchtung gebildet, welche in eine nach der Ohrmuschel gerichtete Fistel führte. Aehnliche Befunde bei einem Knaben führten zu genaueren Untersuchungen, welche ergaben, dass sich die anscheinend tuberculösen Geschwüre aus Dermoidcysten entwickelt hatten.

In den Gehörgängen eines 4 Monaten alten Kindes hat Richardson (7) lebende Fliegenmaden (rechts 1, links 2 Stück) mit einer Pincette entfernt. Entzündungserscheinungen bestanden weder im Ohrcanale noch am Trommelfelle.

Der von Coosemans (8) beobachtete Patient, ein Mann von 71 Jahren, zeigte seit etwa $1/2$ Jahre ein auf der lateralen Fläche der oberen Ohrmuschelhälfte aufsitzendes, etwa 15 mm hohes und etwa ebenso breites, holzartig hartes Cornu cutaneum von gestreifter, bräunlicher Oberfläche. Die Entfernung gelang leicht.

Koerner (9) hat bei einem jungen Manne, welcher durch Hufschlag eine ausgedehnte Stenose des Gehörganges davon getragen hatte, die Muschel mit dem knorpeligen Gehörgang abgelöst, nach vorn gedrängt, den knöchernen Gehörgang mit dem Meissel nach hinten erweitert und aus der hinteren Gehörgangswand durch zwei parallele Schnitte einen an der Muschel sitzenden Lappen gebildet, welchen er nach Naht der Muschel gegen die Knochenwunde antamponirte. Die Heilung war in 3 Wochen vollendet und ein gutes Gehörgangslumen erzielt.

Bürkner (10) fand in einem im Leben leider nicht beobachteten Falle von Microtie ausser dem gewöhnlichen wulstförmigen Muschelrudimente vom äusseren Ohrtheile nichts vor; die sehr enge Paukenhöhle war nach aussen, von einer lateralwärts gelegenen Ausbuchtung abgesehen, durch Knochen vollkommen abgeschlossen; Trommelfell und Sulcus tympanicus fehlten. Der Stapes war klein, hatte kein Köpfchen und stand unbeweglich im ovalen Fenster; die Nischen der Labyrinthfenster waren eng, der Hammer war nicht vorhanden oder in einem Knöchelchen von rechtwinkelig-hakenförmiger Gestalt mit enthalten, welches an den absteigenden Schenkel und einen Theil des horizontalen Schenkels des Amboss erinnerte und welches, obwohl an dem dem Steighügel zugewandten Ende eine Gelenkfläche vorhanden war, lose in der Paukenhöhle lag. Die knöcherne Tube fehlte. Hingegen war das Labyrinth und der Hörnerv normal entwickelt.

Hagedorn (11) beleuchtet die bekannten Grundsätze, nach welchen der Arzt bei Fremdkörpern im Ohre handeln soll, nämlich: 1. genaueste Untersuchung beider Ohren bei bester Beleuchtung mit Spiegel und Trichter; 2. nach Feststellung des Fremdkörpers Ausspritzen mit lauwarmem Wasser unter Berücksichtigung der Gegenanzeigen; 3. bei Versagen der Ausspritzungen Versuche mit der Drahtschlinge, den Fremdkörper zu fassen; 4. in allen übrigen Fällen Berathung mit einem Facharzte.

Martha (12) beobachtete bei einem 4 Monate alten Säugling eine beiderseitige Otitis externa, welche durch beim Trinken in die Gehörgänge geflossene Milch entstanden war. Die bacteriologische Untersuchung des Ohreiters zeigte (die Milch war sterilisirt gewesen) nur eine Microbenform, nämlich einen kleinen, nicht deutlich characteristischen Bacillus, welcher die Gelatine schnell verflüssigte.

Das von Gruber (13) beobachtete 6jähr. Mädchen zeigte an der rechten Gesichtsseite eine bemerkenswerthe Atrophie, so dass die Entfernung der Ohrmuschel vom rechten Nasenflügel 8 cm betrug, während links 10 cm gemessen wurden. Höhe der gesunden Muschel 6, der rudimentären 3 cm. Knorpel war in dem rundlichen nach hinten convexen, nach vorn concaven Hautlappen, welcher das Rudiment darstellt, nicht nachweisbar.

Ostmann (14) hat, um bei der Behandlung von Gehörgangsstricturen die meist ausserordentlich schmerzhafte, auch nach der von Schwartze empfohlenen ringförmigen Excision nothwendige, Anwendung von Laminariastäben zu umgehen, die electrolytische Zerstörung des die Strictur bildenden Gewebes mit Erfolg versucht. Es wird dabei keine offene, der Infection zugängliche Wunde geschaffen und jede nennenswerthe entzündliche Reaction vermieden. Für die Beseitigung einer etwa 3—4 mm dicken Strictur genügten 4 Sitzungen mit 8—10 tägigen Intervallen. Die Einstichstelle wurde gründlich desinficirt und durch die eingestossene Doppel-

nadel ein schwacher Strom von 4—5 M.-A. 5 Minuten lang hindurchgeleitet. Nach Beendigung der Operation, welche nacheinander auf verschiedene Stellen der Verengerung gerichtet wurde, puderte Verf. jedesmal eine feine Schicht von Jodoformpulver auf und legte einen Jodoformgazestreifen ein. Während der Durchleitung des Stromes bestand stets ein ziemlich lebhafter Schmerz, doch war die Reaction auf den Eingriff im übrigen eine äusserst geringe, und Verf. glaubt gerade auf diesen Umstand den dauernden Erfolg der Behandlung zurückführen zu dürfen.

Webster (17) hat in einem Fall von haselnussgrossem, spontan entstandenem Othaematom, nachdem die Behandlung mit Incision und Collodium ein Recidiv nicht verhindert hatte, behufs Vermeidung eines auffallenden Verbandes nicht nur an der lateralen Fläche bis auf den Knorpel incidirt, sondern auch nach der Angabe von Dench den Einschnitt durch den ganzen Ohrknorpel hindurch bis auf die mediale Fläche fortgeführt. Die äussere Wunde wurde sofort vernäht und mittels Collodium leicht verbunden, von der medialen Fläche her die Höhle mit Gaze tamponirt. Die Heilung erfolgte rasch und ohne Recidiv oder Deformität.

Scheppegrell (18) empfiehlt für die Entfernung von Keloiden vom Ohre die Resection eines Theiles des Lobulus mit dem Tumor und nachfolgende Naht. Auf diese Weise wird die Bildung von Narbengewebe besser vermieden als bei der von Bürkner vorgezogenen Auslösung des Keloids und galvanocaustischen Zerstörung ihres Ursprunges.

Braislin (19) fand in dem rechten Ohre eines Mannes 5 Maden der Lucilia macellaria; dieselben hatten lebhafte, nach dem Auge ausstrahlende Schmerzen erzeugt. Nach der Entfernung der Fremdkörper durch Einblasen von Chloroformdämpfen und Ausspritzen zeigte sich das Ohr intact. Verf. vermuthet, dass die Fliege, welche ihre Eier im Ohre abgelegt hatte, durch den von einer Rhinitis atrophica foetida des Patienten ausgehenden Geruch angelockt worden sei und sich in dem Ursprungsorte des Foetors geirrt habe.

Ostmann (20) fand als Ursache einer seit 13 Jahren bestehenden Eiterung des Meatus externus eine tief in denselben eingedrungene, von Granulationen vollständig umgebene, ausgezackte Messerspitze von 6 mm Länge, welche bei einer Verletzung, deren Folge man in Gestalt einer vor dem Tragus verlaufenden Narbe erkannte, ohne Wissen des Patienten abgebrochen war und in der unmittelbaren Nähe der mittleren Schädelgrube gesteckt hatte, ohne Symptome zu erzeugen.

Hessler (22) fand in 0,45 pCt. seiner Privatpatienten Epidermispfröpfe im äusseren Gehörgange, im Ganzen 35 Fälle; aus der Literatur sammelte er weitere 32, so dass zur Aufstellung des Krankheitsbildes 67 Fälle zur Verfügung standen.

Die Epidermispfröpfe sind zwiebelartig geschichtete, fest zusammenhaltende Epidermislamellen, welche die Tiefe des Gehörganges ausfüllen und wegen ihres festen Zusammenhanges mit den Wandungen desselben schwer zu entfernen sind. Ihre Farbe ist gelblich-weiss; nur wenn sie über den Isthmus nach aussen wachsen, werden viele durch die Einwirkung der Luft bräunlich. Gelingt es, einen Pfropf in toto zu extrahiren, so stellt er einen Hautsack dar, dessen Inhalt aus Epidermisbändern besteht. Letztere können 7 und mehr cm lang werden.

Dem Geschlechte nach waren die Patienten 38 männliche und 29 weibliche, die Mehrzahl der Fälle gehörte dem jugendlichen Alter an; 24 Fälle waren links, 22 rechts, 21 doppelseitig. Bezüglich der Aetiologie hält Verf. es nicht für unmöglich, dass häufiges Bohren im Ohre die Bildung der Pfröpfe begünstige. Symptome verursachen die Desquamationsproducte erst, wenn sie den Gehörgang ausfüllen; es tritt dann Gefühl von Verstopfung, Schwerhörigkeit, Sausen, später Schmerz ein. Letzterer wird erst heftig, wenn durch erneutes Bohren oder durch Aufquellen nach Eindringen von Wasser die Masse noch mehr auf die Wandungen drückt. Aeussere Reizungen sind es meist auch, welche schliesslich eine Infection erzeugen ($^3/_5$ der Fälle Hessler's), welche ihrerseits wieder zu einer weiteren Epithelhyperplasie führen kann. Unter Schüttelfrost, aber auch ohne solchen, tritt dann eine Schwellung vor und hinter dem Ohre auf, welche unter Eiterabsonderung aus dem Gehörgang ohne Abscedirung zurückgehen. Nicht selten (bei Verf. in $^1/_3$ der Fälle) wird durch den von den Pfröpfen ausgeübten Druck unter Beihülfe einer entzündlichen Erweichung das Trommelfell perforirt; in anderen Fällen leistet die Membran Widerstand, verwächst aber (in über $^1/_3$ der Fälle Hessler's) in Folge des Druckes mit der Labyrinthwand. Auch Atrophie des Trommelfelles, besonders im hinteren-oberen Quadranten, wird beobachtet; ferner kommen Granulationen häufig vor, welche als Entzündungsproducte aufzufassen sind. Die Prognose ist gut; die Therapie besteht am besten — geübte Hand vorausgesetzt — in Anwendung des Hakens. Ist der Pfropf lateralwärts schon gequollen, so haftet der Haken nicht und es muss mit der Clysopompe gespritzt werden.

VI. Trommelfell.

1) Miot, C., De la perforation artificielle permanente. Revue hebd. de Laryng. 28. VI. — 2) Ostmann, Mittheilungen aus der Ohrenstation des Garnisonlazareths in Königsberg i. Pr. Militärärzl. Zeitschr. — 3) Gomperz, Ueber die Verschliessbarkeit alter Trommelfelllücken. Wien. klin. Wochenschr. 38.

Miot (1) incidirt, um eine persistente Perforation des Trommelfelles zu erzielen, längs der Peripherie von einem in der Höhe des Umbo gelegenen Punkte des hinteren Randes bis einerseits zur Insertionsstelle der hinteren Falte am Proc. brevis, andererseits bis etwa zur tiefsten Stelle der Membran, dann von etwa 1 mm vor diesem Endpunkte aus bis zum kurzen Fortsatze, so dass also zunächst ein schmales Stück der Peripherie in Verbindung mit dem Sulcus bleibt, wodurch die Umschneidung erleichtert wird. Nach Durchtrennung dieses Verbindungsstückes wird das nun einen grossen Lappen bildende Trommelfell mit dem Hammergriffe, welcher unterhalb der Insertion der Tensorsehne abgekniffen wird, herausbefördert.

Aus dem Material des Garnisonlazareths zu Königsberg i. Pr. veröffentlicht Ostmann (2) eine Reihe von

Beobachtungen und zwar 1. Fall von absichtlicher Durchstechung des Trommelfelles mit einer Haarnadel. 2. Fall von absichtlicher Durchstechung der Membr. Shrapnelli mit einer Nadel. 3. Schuss mit einer Platzpatrone aus dem Infanteriegewehr M/88 aus unmittelbarer Nähe von hinten gegen den rechten Warzenfortsatz (Commotion des Nerv. acusticus mit Herabsetzung der oberen Tongrenze und Ohrensausen). — 4. 3 Fälle von indirecter traumatischer Verletzung des Trommelfelles durch Fussprung ins Wasser. 5. Fall von doppelter Zerreissung des rechten Trommelfelles durch seitliches Aufschlagen des Kopfes auf das Wasser beim Kopfsprung. 6. Doppelseitige Taubheit nach Fall gegen einen Bettpfosten (Commotion mit Ausgang in Heilung). 7. 12 Fälle von traumatischer Verletzung des Trommelfelles durch Schlag etc.

Gomperz (3) hat in einigen Fällen von persistenter Trommelfellperforation die Aetzung der Ränder mit Trichloressigsäure nach Okuneff versucht. Von 10 Fällen vernarbten die Lücken bei 4 nach wenigen Aetzungen, während bei 6 eine wesentliche Verkleinerung eintrat. Verf. hat das Trommelfell, bevor er die mit in zerflossene Trichloressigsäure getauchter Watte umwickelte Sonde anwandte, mit 10proc. Cocainlösung anaesthesirt. Die neugebildete graue Narbe geht stets ohne deutliche Grenzen in das übrige Trommelfellgewebe über, wodurch Verf. in seiner Ansicht bestärkt wird, dass die Propria sich bei der Vernarbung mit regenerire.

VII. Mittelohr.

1) Luc, Contribution à l'étude des mastoïdites de Bezold. Arch. intern. de Lar. No. 1. — 2) Ferreri, Gherardo, Sulle alterazioni senili dell' orecchio medio. Arch. ital. di Otol. 1. — 3) Politzer, A., Ueber Knochendefecte in der äusseren Atticwand. Wien. klin. Wochenschr. 1. — 4) Blau, Louis, Ein Beitrag zur Kenntniss des Cholesteatoms des Schläfenbeins. Berl. klin. Wochenschr. 13. I. — 5) Zuckerkandl, E., Beiträge zur vergleichenden Anatomie der Ohrtrompete. Monatsschr. f. Ohrenhlkde. 2. — 6) Weil, E., Die acute eitrige Mittelohrentzündung und ihre Behandlung. Klin. Vortr. herausg. v. Haug. 1. 8. — 7) Sheild, A. Marmaduke, The treatment of severe mastoïd disease by implantation of skin flaps. Lancet. 8. II. — 8) Turnbull, Laurence, What can be done in cases of acute and subacute catarrhal otitis media? Med. and surg. Report. 21. III. — 9) Jacquemart, Observation d'un cas d'otite fongueuse, symptômes graves de compression labyrinthique menace de meningite. Revue hebd. de Laryng. 11. — 10) Broca, Fistule mastoïdienne guérie par la trépanation de l'apophyse et de la caisse. Bull. et mém. de la soc. de Chir. 177. — 11) Jones, Charles D., The importance of suppurative disease of the middle ear. Med. News. 18. IV. — 12) Knapp, Herm., Einige weitere Beobachtungen über die Indicationen von Mastoïdoperationen bei acuter eitriger Mittelohrentzündung. Zeitschr. f. Ohrenheilk. XXVIII. 3. — 13) Haug, Rud., Ueber Exsudatansammlung im oberen Paukenraum bei Influenza, nebst Bericht über einen geheilten Fall von Sinusthrombose, sowie über zwei interessante Obductionsfälle. Arch. f. Ohrenheilk. XL. 3 u. 4. — 14) Bulling, A., Otitis media bei Influenza. Zeitschr. f. Ohrenheilk. 4. VI. — 15) Danziger, Fritz, Ueber Behandlung einseitiger chronischer Ohrcatarrhe und über Ursachen derselben. Ther. Mon. VI. — 16) Bronner, Adolf, The symptoms and treatment of diseases of the attic (upper part of middle ear). Lancet. 6. VI. — 17) Moure, E. J., De quelques anomalies de la région mastoïdienne. Revue hebd. de Lar. 13. VI. — 18) Lange, Victor, Kurzer Ueberblick über die im Gefolge der acuten eitrigen Mittelohrentzündung auftretenden häufigsten Affectionen des Warzenfortsatzes unter besonderer Berücksichtigung der Aetiologie und Behandlung. Klin. Vortr. v. Haug. 1. 11. — 19) Castez, Trépanations mastoïdiennes. Revue hebd. de Lar. 20. VI. — 20) Körner, O., Ein neuer Beitrag zur Kenntniss der Ohr- und Warzenfortsatzeiterungen bei Diabetikern, nebst Bemerkungen über die Percussion des Warzenfortsatzes. Zeitschr. f. Ohrenhlkde. XXVIII. 4. — 21) Lichtenberg, Kornel., Ueber Attikeiterungen im Anschluss an eine seit 33 Jahren bestehende operirte und geheilte Otorrhoe. Wien. med. Wchschr. 25. — 22) Raoult, Aimar, Corps étranger de la caisse du tympan; opération: décollement du pavillon, ouverture de la partie supérieure de la caisse; extraction du corps étranger; guérison. Rev. hebd. du Lar. 18. VIII. — 23) Frothingham, Richard, The importance of an understanding of middle ear disease by all practitioners, with a report of some cases in which inexcusable errors have been made. Med. Record. 8. VIII. — 24) Lacoarret, Vertige auriculaire et spasme du muscle tenseur. Rev. hebd. du laryng. 22. VIII. — 25) Vulpius, Walther, Ueber Behandlungsmethoden bei adhäsiven Mittelohrprocessen. Arch. f. Ohrenhlkde. XLI. 1. — 26) Monscourt, H., L'otite moyenne tuberculeuse. Gaz. hebd. de méd. 6. IX. — 27) Moll, Un cas de trépanation mastoïdienne dans lequel il s'est formé une irrégularité dans la région promontoire. Rev. de lar. 21. IX. — 28) Lichtwitz, L., Un cas de mastoïdite de Bezold: ouverture de l'abscès cervical et de l'antre; résection de l'apophyse mastoïde; guérison. Arch. internat. de laryng. 5. — 29) Luc, Un cas de mastoïdite de Bezold terminée par la mort avec signes d'abscès encephalique; opposition mise à l'autopsie par un médicin. Ibid. — 30) Gradenigo, J., Contribuzione alla pathologia e alla chirurgia della mastoïde. Arch. ital. III. — 31) Hegetschweiler, J., Ueber Bezold'sche Mastoiditis mit pyämischen Erscheinungen. Ztschr. f. Ohrenheilkde. XXIX. 3. — 32) Gomperz, Radicaloperation mit Körner'scher Plastik. Verhdlg. des I. österr. Otologentages. Ebendas. — 33) Derselbe, Ueber die typischen Veränderungen der Trommelfellspannung bei ventilartig wirkenden Tubenverschlüssen. Ebendas. — 34) Haug, R., Beiträge zur Casuistik der im Verlaufe der Bright'schen Nierenerkrankung auftretenden complicatorischen Ohr- und Nasenblutungen. Deutsche med. Wochenschr. 45. — 35) Otto, Richard, Zeitgemässe Betrachtungen zur Aetiologie und Therapie der acuten Mittelohrentzündungen. St. Petersb. med. Wochenschr. 38. — 36) Spira, R., Ueber eine unter dem Bilde einer Trigeminusneuralgie latent verlaufende centrale Ostitis processus mastoidei. Arch. f. Ohrenhlkde. XLI. 3. — 37) Lommel, E., Beiträge zur Kenntniss des pathologisch-anatomischen Befundes im Mittelohr und in den Keilbeinhöhlen bei der genuinen Diphtherie. (25 Sectionsberichte.) Ztschr. f. Ohrenhlkde. XXIX. 4. — 38) Kuhn, A., Ueber zwei Fälle von Sarcom des Mittelohres. Verhandl. der deutsch. otol. Gesellschaft. — 39) Bonnier, Pierre, Sur un cas de tympanospasme. Arch. intern. Nov.-Dec. — 40) Broca, A., Abscès de cou consécutifs aux otites moyennes suppurées. Ibid. — 41) Schwartze, H., Ueber Caries der Ossicula auditus. Arch. f. Ohrenhldke. XLI. 3 u. 4. — 42) Derselbe, Cholesteatoma verum squamae ossis temporum. Ebendas.

Die Defecte in der äusseren Wand des Kuppelraumes entstehen nach Politzer (3) dadurch, dass nach Blosslegung des Randes der Incisura Rivini bei

der septischen Eiterung, die hier Regel ist, die Entzündungserreger und Fäulnisscoccen in die Knochenräume eindringen und zum Zerfall des Knochengewebes führen. Je länger die Eiterung dauert, in umso grösserem Umfange schmilzt der Knochen ein. Die Ausheilung des Eiterungsprocesses kann daher einmal mit einem kleinen, ein andermal mit einem colossalen Knochendefecte im Kuppelraume abschliessen.

Blau (4) operirte bei einem 8 jährigen Mädchen ein Cholesteatom des Schläfenbeines, welches nicht durch Einwanderung von Epidermis in's Mittelohr entstanden sein konnte, weil die Perforation in der Mitte des hinteren Trommelfellsegmentes ihren Sitz hatte, ohne irgendwo den Margo tympanicus oder die Paukenhöhlenwandungen zu berühren. Auch gegen die Annahme einer Metaplasie des Cylinderepithels in Plattenepithel (Wendt), eines Druckes eingedickter und verfetteter Eitermassen (v. Tröltsch), einer Proliferation von Epidermis an Granulationen (Lucae) sprach allein schon die Enge der Trommelfellöffnung, sowie der Umstand, dass bei der Operation weder ein Eiterherd, noch Granulationen gefunden werden. Es drängten vielmehr alle Umstände darauf hin, das Cholesteatom in diesem Falle als eine wahre Neubildung zu betrachten, welche primär im Antrum aufgetreten war und erst später eine secundäre Eiterung erzeugt hatte.

Sehr auffallend war auch der Cholestearinreichthum des durch die Paracentese entleerten Paukenhöhleninhaltes: die im Spülwasser sichtbaren grünlichgelben Schleimflocken zeigten sich wie übersät mit kleinen goldglänzenden Plättchen, wie mit Goldsand bestreut; die microscopische Untersuchung ergab, dass es sich ausschliesslich um Cholestearincrystalle ohne Beimischung epidermoidaler Elemente handelte. Nach Blau's Ansicht müsste ein reichlicher Gehalt des in der Paukenhöhle angesammelten Eiters an Cholestearin den Verdacht auf ein Cholesteatom, besonders im Antrum erwecken.

In einigen Fällen von hartnäckiger Erkrankung des Warzenfortsatzes hat Sheild (7) mit Erfolg folgendes Verfahren angewandt. Er bildete dicht hinter der nach vorn geklappten Ohrmuschel einen dicken (eventuell eine Fistel enthaltenden) Hautlappen und schnitt von dessen oberem und unterem Ende die Weichtheile des Warzenfortsatzes durch zwei Horizontalincisionen nach hinten durch, trennte danach die Auskleidung des Gehörganges vom Knochen, entfernte die erkrankten Massen, trug die hintere Gehörgangswand mit der Zange ab, so dass eine grosse Höhle entstand, in welche er den am Stiel gelassenen Hautlappen mit Jodoformgaze eindrückte.

Turnbull (8) empfiehlt zur Behandlung von Mittelohrcatarrhen Einspritzungen durch den Catheter in die Paukenhöhle und verwendet hierzu reines flüssiges Vaselin, Benzoinol, Eucalyptol, Thymol etc.

Broca (10) fand bei einem 13 jährigen Knaben, welcher seit seinem 4. Lebensjahre mit einer Ohreiterung behaftet und bei welchem zweimal ein retroauriculärer Abscess incidirt worden war, zwei Fisteln im Warzenfortsatze; er eröffnete das Antrum und die Paukenhöhle, entleerte aus den Höhlen grosse Cholesteatommassen und erzielte vollständige Heilung mit persistenter Oeffnung.

Jones (11) hebt unter Beschreibung einiger Fälle von schweren Complicationen hervor, dass eine chronische Mittelohreiterung keine gleichgültige, sondern eine sehr ernste Erkrankung ist. $^6/_{10}$ bis $^7/_{10}$ aller Todesfälle seien auf otitische Hirncomplicationen zurückzuführen.

Knapp (12) illustrirt eine früher aufgestellte Behauptung, dass man einen Patienten nach abgelaufener acuter Mittelohrentzündung, selbst wenn er sich wohl befindet und geheilt erscheint, Wochen und Monate lang nicht aus den Augen verlieren dürfe, durch einen Fall, in welchem sich nach erheblicher Besserung einer Otitis media elf Tage später ein Rückfall einstellte und nach weiteren 11 Tagen des Wohlbefindens ein zweites Recidiv mit Ausdehnung auf den Warzenfortsatz und Facialparalyse die Eröffnung des Antrum erforderte.

In einem zweiten Falle zeigte sich plötzliches Einsetzen einer eiterigen Entzündung der Paukenhöhle in einem früher gesunden Ohre; nach einigen Besserungen und Verschlimmerungen fand Verf. nach etwa einem Monate die Paukenhöhle ziemlich gut, aber den hinteren Rand des Warzenfortsatzes roth und druckempfindlich. Die Operation führte Eiter zu Tage. Nach einer mehrtägigen Remission liessen Hirnerscheinungen eine Betheiligung der Schädelhöhle vermuthen, weshalb die hintere Schädelgrube geöffnet wurde. Eiter war nicht vorhanden; als Ursache der Verschlimmerung zeigte sich dann eine Eiterung in den Spitzenzellen des Warzenfortsatzes.

Haug (13) hat unter 214 Fällen von Influenzaotitis, welche er in den letzten 5 Jahren beobachtet hat, 64 gesehen, bei welchen sich Erscheinungen von ausschliesslichem Ergriffensein der Pars epitympanica feststellen liessen. Bei circumscripter Exsudation im vorderen Theile des Kuppelraumes erfolgte meist im Gebiete der Shrapnell'schen Membran allein eine Vorwölbung unter Bildung von hämorrhagischem Exsudate, eventuell unter Beimischung von Eiter. Die vordere und obere Gehörgangswand fand sich fast constant geröthet und bauchte sich zuweilen herab. Die Störung der Hörfunction war in diesen Fällen fast nie hochgradig. Der Verlauf war bei frühzeitiger Paracentese im Allgemeinen günstig, doch bildete sich bei Uebergang zur Eiterung leicht eine zapfenförmige Vorstülpung von einer gewissen Hartnäckigkeit. Schwindel, cerebrale Reizungen, Mitaffection des Warzentheiles fehlten bei dieser Gruppe.

Ist der Exsudationsprocess auf den hinteren-oberen Theil des Kuppelraumes beschränkt, so entwickelt sich rasch eine buckelige Vorwölbung des hinteren-oberen Quadranten bis über den Margo hinaus von dunkelblaurother oder schmutzigvioleter Farbe mit Beimischung eines gelblichen Farbentones. Die angrenzenden Regionen enthalten oft kleine Ecchymosen. Die obere Gehörgangswand ist fast stets geröthet und herabgesenkt. Die Schmerzhaftigkeit ist hochgradig, es bestehen quälende Geräusche und Dreh- und Sturzschwindel, der Warzenfortsatz ist fast stets mitergriffen, und die Percussion desselben ergiebt fast stets ein positives Resultat. Erfolgt Spontanruptur des Trommelfelles, so ist deren Sitz regelmässig hinten-oben, ein Perforationsgeräusch wird selten beobachtet.

In zwei zur Obduction gelangten Fällen fand sich

die hintere Tasche durch Adhäsionen nach unten fast ganz abgeschlossen.

Bulling (14) veröffentlicht 5 Fälle von Influenza-Otitis, in welchen er bacteriologische Untersuchungen angestellt hat. Die letzteren ergaben in zwei Fällen Influenzabacillen im Ausstrichpräparate. Bei zwei Fällen von Blutblasen im Gehörgange, fanden sich in dem entleerten Blute keine Influenzabacillen, sondern Staphylococcen.

Danziger (15) macht auf den häufigen Zusammenhang zwischen der einseitigen Mittelohreiterung und anomalen Zuständen der Nase und des Nasenrachenraumes aufmerksam und betont, dass die Behandlung des Ohres allein ohne jeden Werth sei. Tiefere Erkrankungen wie Caries und hochgradige Schwerhörigkeit hat Verf. in Fällen von Mittelohreiterung, welche durch nasale Affectionen bedingt waren, nicht beobachtet.

Nach Bronner (16) sind die auf den Kuppelraum beschränkten Entzündungen sehr häufig; sie kommen auch ohne Trommelfellperforation vor. In fast allen Fällen von chronischer Mittelohreiterung, welche der üblichen Therapie Widerstand leisten, ist der Kuppelraum miterkrankt; seine Behandlung sollte zunächst nach gewöhnlichen chirurgischen Regeln eingeleitet, bei der Entfernung der Knöchelchen sollte der Gehörgang theilweise mit excidirt oder incidirt werden, auch sei stets der Margo tympanicus vollständig zu entfernen.

Moure (17) berichtet über die Befunde am Warzenfortsatze bei 34 in jüngster Zeit Operirten, von denen 18 an acuter, 16 an chronischer Erkrankung des Proc. mastoideus litten. In 14 Fällen fand sich das Antrum an der normalen Stelle und von normaler Grösse; nur 3 mal war es erheblich vergrössert und einmal war es nach vorn verlagert, während seine normale Stelle vom Lateralsinus eingenommen war. Bei 7 von 16 chronischen Fällen war der Warzenfortsatz eburnisirt, das Antrum sehr klein; in 6 Fällen konnte das letztere nur von der Paukenhöhle aus aufgefunden werden. Nur 4 mal war der Proc. mastoideus pneumatisch.

Lange (18) betont, dass sich zu acuten Mittelohreiterungen Complicationen von Seiten des Warzenfortsatzes in einer grossen Zahl der Fälle in Folge einer Eiterretention hinzugesellen, während auch nicht selten eine gleichzeitige Erkrankung der Paukenhöhle und der Adnexa angenommen werden müsse. Dass für die Verbreitung des Entzündungsprocesses in vielen Fällen die Luftdouche verantwortlich gemacht werden dürfe, glaubt Verf. nicht; er unterlässt die Anwendung derselben daher auch nur da, wo es sich um ein imperforirtes Trommelfell bei gleichzeitigem eitrigen Exsudat in der Paukenhöhle handelt und wo die Eiteransammlung besonders im oberen Theile der Paukenhöhle sich befindet. Auch die Befürchtung, dass durch die Anwendung pulverförmiger Medicamente häufig Eiterretentionen hervorgerufen werden, bestreitet Verf., ohne indessen dieser Behandlung bei der acuten Otitis media purulenta das Wort zu reden.

Bezüglich der Diagnose der Erkrankung des Warzenfortsatzes legt Verf. besonderes Gewicht auf die Senkung der hinteren oberen Gehörgangswand und auf die Ergebnisse der Percussion. In therapeutischer Beziehung empfiehlt L. vor allen Dingen vollständige Ruhe, Umschläge hinter dem Ohre, Blutentziehungen; hingegen soll nicht in jedem Falle sofort aufgemeisselt, sondern zunächst eine conservative Behandlung durchgeführt werden. Auch die Wilde'sche Incision genüge noch für viele Fälle, in denen man jetzt geneigt sei, das Antrum zu öffnen, denn diese Operation dürfe nie als ein gleichgültiger Eingriff betrachtet werden.

Castez (19) betont die Wichtigkeit der Warzenfortsatzresection bei sonst unheilbarer chronischer Otitis media purulenta und hebt die ausgezeichnete Einwirkung dieser Operation auf das Allgemeinbefinden hervor. Die Spina supra meatum wird als sehr wesentliches Merkmal für die Anlage des Knochencanales angesehen und ein feuchter Verband, sowie die Desinfection des Nasenrachenraumes als nützlich empfohlen.

Koerner (20) berichtet über die Krankengeschichte eines 54jähr. Diabetikers (5 pCt.), welcher unter heftigen Schmerzen an einer Otitis media purulenta acuta erkrankt war und nach 10 Tagen eine teigige Schwellung des Warzenfortsatzes zeigte. Aus dem Trommelfell ragte ein lang gestieltes Granulom heraus, nach dessen Entfernung eine kleine Perforation zum Vorschein kam. Da nach 4 Tagen der Warzenfortsatz noch geschwollen war, wurde die letztere mit dem Knopfmesser erweitert, worauf die Schmerzen und die Schwellung hinter dem Ohre zurückgingen. Einige Tage später wurde eine vergleichende Percussion der Warzenfortsätze vorgenommen, welche an allen Stellen beiderseits gleichen Schall ergab. 14 Tage später aber ergab sich auf dem objectiv ganz normalen Proc. mastoideus dexter eine deutliche Dämpfung. Von einer Operation wurde, da Pat. bereits in extremis war, abgesehen, obwohl der Percussionsschall mit Bestimmtheit auf einen centralen Einschmelzungsprocess im Knochen hindeutete. Der Kranke starb bereits am folgenden Tage.

Lichtenberg (21) hat bei einem 39jährigen Manne, welcher seit seinem 6. Lebensjahre an rechtsseitiger Otitis media purulenta litt und bei welchem eine Perforation mit Epithelfetzen und Granulationen in der Shrapnell'schen Membran bestand, den Kuppelraum eröffnet. Die störenden subjectiven Symptome, wie Kopfschmerz und Schwindel, wurden mit der Eiterung vollständig beseitigt; nach der Operation, welche in galvanocaustischer Zerstörung des Trommelfelles, Extraction des Hammers (Amboss fehlte) und kräftiger Mobilisirung des fixirten Steigbügels bestand, trat hochgradige Otitis externa von 5tägiger Dauer, totale Ageusie der rechten Zungenhälfte, quälende Trockenheit des Mundes und der Lippen ein. Vom 7. Tage an wurde die Geschmacksstörung allmälig geringer. Auch will der Kranke nach der Operation das Strassengeräusch zunächst nur per tubam gehört haben.

Der Fall von Raoult (22) betraf ein 10jähriges Mädchen, welches ein Glasknöpfchen in das Ohr geschoben hatte. Durch den zuerst zu Rathe gezogenen Arzt war der Fremdkörper fest in die Paukenhöhle eingekeilt worden. Die vom Verf. vorgenommene Operation: Ablösung der Ohrmuschel und Abmeisselung des Margo tympanicus führte zur Beseitigung des Fremdkörpers und zur Heilung.

Frothingham (23) rügt die nebensächliche Behandlung der Otologie im ärztlichen Studienplane und den Mangel eines otologischen Staatsexamens, durch welchen es sich erklärt, dass in der ärztlichen Praxis

so oft folgenschwere Fehler begangen werden. Aus seiner eignen Erfahrung führt er einzelne einschlägige Fälle an, wie sie von jedem Fachmanne unzählige Male erlebt werden, z. B. unerkannte Otitis media complicirt mit letaler Meningitis; bei der von dem behandelnden Arzte versuchten Paracentese war das Trommelfell gar nicht getroffen worden; ferner 2 Fälle von Diagnose einer Warzenfortsatzerkrankung bei einfachem Ohrfurunkel; 2 Fälle von Mittelohreiterung, in welchen die Diagnose auf Neuralgie gestellt war; Verwechselung eines Ohrpolypen mit chronischem Catarrh, einer Blutblase im Gehörgange mit Sarcom, einer Hautmasse mit exfolürten Gehörknöchelchen etc. In unzähligen Fällen wurden an intacten Trommelfellen Perforationen diagnosticirt und andererseits ganz defecte Trommelfelle für normal erklärt.

Lacoarret (24) hat bei einem 67jährigen Manne beobachtet, dass ein knackendes, mit Schwindel verbundenes Geräusch, welches anfangs selten, später sehr häufig, in Intervallen von wenigen Minuten auftrat, von Tensorspasmen herrührte. Das Trommelfell war verdickt und eingesunken, Druck auf den Hammergriff rief einen Schwindelanfall hervor. Unter Behandlung mit Catheterismus, Massage und Brom gingen die störenden Erscheinungen etwas zurück: später durchschnitt Verf. noch die Tensorsehne, worauf vollständige Heilung eintrat.

Nach Vulpius (25) werden bei der Behandlung der Sclerose am häufigsten Lufteinblasungen angewendet, nicht weil sie die besten Resultate aufzuweisen haben, sondern weil sie am einfachsten und bequemsten ausführbar sind zumal in Gestalt des Politzer'schen Verfahrens, dessen weitverbreitete Einführung nach Verf.'s Ansicht mehr Schaden als Nutzen gestiftet hat. Wo das Krankheitsbild noch Züge einer echt catarrhalischen Affection trägt, kann die Luftdouche noch gute Dienste leisten; in den meisten Fällen steht sie an Wirksamkeit hinter den verschiedenen Methoden der Massage zurück. Diese wendet Verf. mit Hülfe einer Glasspritze mit leicht beweglichem Lederstempel an, welche mittelst eines Gummischlauches mit dem Gehörgange verbunden wird, und zwar führt Verf. jedesmal 250 kurze Stempelzüge in einer Minute aus. In Fällen, in welchen durch den Siegle'schen Trichter eine Beweglichkeitsbeschränkung des Trommelfelles constatirt werden kann, hat Verf. das Verfahren mit Vortheil verwendet. Wo das Trommelfell und die Gehörknöchelchenkette bereits starr fixirt sind, hilft die Luftverdünnung und -Verdichtung so wenig wie die Drucksonde von Lucae, die wohl Gutes zu leisten vermag, so lange der Fixationsprocess sich hauptsächlich um den Stapes abspielt.

Von dem Nutzen der Phonotherapie (Uebertragung der Schwingungen einer Stimmgabel durch directe Vermittelung einer mit Watte umwickelten Sonde auf das Trommelfell) hat Verf. sich nicht überzeugen können.

Was die operativen Eingriffe betrifft, welche bei Adhäsivprocessen versucht worden sind, so kann die Trommelfellincision oder -Excision nur als diagnostisches Hülfsmittel einen gewissen Werth beanspruchen; Tenotomie des Tensor und Stapedius, Plicotomie haben nur vereinzelte Erfolge aufzuweisen, die Excision der Gehörknöchelchen muss noch eine bessere Indicationsbegründung erfahren, ehe sie die erhofften guten Erfolge erzielen kann; die 4 vom Verf. veröffentlichten Fälle von Stapesextraction sind auch nicht eben sehr günstig verlaufen; (in einem Falle, in welchem Besserung eintrat, war die Fixation des Stapes keine knöcherne gewesen; im zweiten Falle war eine vorübergehende Besserung vorhanden; im dritten Falle gelang nur die Extraction des Köpfchens; im vierten Falle war auch Besserung eingetreten, aber durch Trommelfellregeneration wieder vermindert worden. In allen Fällen war nach der Operation Schwindel und Anfangs Gehörverschlechterung eingetreten,) und soviel steht nach Verf.'s Meinung jedenfalls schon jetzt fest, dass auch diese Operation kein gleichwerthiges Gegenstück zur Staarextraction in der Ophthalmologie zu werden verspricht.

Mit einigem Erfolge verwendet Verf. die interne Medication und zwar in Gestalt der Schilddrüsentherapie; zumal bei mässiger Sclerose jugendlicher Individuen hat Verf. in vielen Fällen wesentliche Besserung eintreten sehen; noch bessere Resultate wurden bei hyperplastischen Mittelohrprocessen (Trübung, Verdickung des Trommelfelles) beobachtet. Bei Erwachsenen giebt Verf. täglich eine Dosis von 0,3 in Merck'schen oder Leichtenstern'schen Tabletten (Kindern die Hälfte) und setzt die Behandlung 4—5 Wochen lang mit 2—3 tägigen Pausen fort. Der Erfolg zeigt sich stets schon in der ersten oder zweiten Woche (Resorption von Proliferationsgewebe?).

Monscourt (26) unterscheidet drei Formen von tuberculöser Mittelohreiterung: 1. Subacute Form von catarrhalischem, exsudativem oder eiterigem Character, welche unbemerkt bestehen oder das Bild eines gewöhnlichen Mittelohrcatarrhs vortäuschen kann, bis sie ihren tuberculösen Ursprung verräth; sie bildet das Vorstadium der 2. Chronischen Form, welche schleichend verläuft unter den Symptomen der chronischen Eiterung mit Tuberkelbacillen als wahrer kalter Abscess des Mittelohres. 3. die ziemlich seltene acute Form, welche das gesammte Gehörorgan befällt und mit heftigen Ohr- und Kopfschmerzen und fast gleichzeitig mit eiterigem Ausflusse einsetzt.

Moll (27) führte bei einem 27jährigen Manne, welcher lange Zeit an heftigen Kopfschmerzen gelitten hatte, die radicale Freilegung der Mittelohrräume aus. Der Warzenfortsatz bildete eine nach aussen offene, weite, mit dicken Eitermassen angefüllte Höhle, in in welche auch die Paukenhöhle, deren gesammter Inhalt nebst dem Trommelfelle fehlte, einbezogen war; der Sinus transversus lag in einer Ausdehnung von 0,5 cm bloss. Um die Epidermisirung dieser grossen Höhle zu erleichtern, trennte Verf. die Weichtheile der hinteren Gehörgangswand durch einen Horizontalschnitt, befestigte die Lappen oben und unten und tamponirte einen aus der Halshaut gebildeten Lappen in die Wundhöhle hinein.

Im Verlaufe der Heilung trat eine Erweiterung einer schon bei der Operation bemerkten kleinen Ausbuchtung des inneren Theiles der Höhle ein, auch bildete sich über ihr eine zweite Excavation. Beide waren durch eine Knochenbrücke von einander geschieden, welche wie ein Bogengang aussah. Da dieselbe aber ziemlich weit nach vorn lag, glaubt Verf. eher, dass es sich um eine mit der Caries zusammenhängende Knochenneubildung gehandelt habe. Diese Auffassung wurde durch den Umstand unterstützt, dess die Tube durch ein knöchernes Hinderniss vollkommen verlegt war.

Gradenigo (30) berichtet über 136 innerhalb 17 Monaten operirte Fälle von Warzenfortsatz-Erkran-

kungen. Es handelte sich um 48 acute und 88 chronische Fälle, welche vorzugsweise das männliche Geschlecht (acut 72,9 pCt., chronisch 64,7 pCt.) und das linke Ohr (acut 52,1 pCt., chronisch 53,5 pCt.) betrafen. Von den chronischen Fällen wurden 60 bei Patienten bis zu 20 Jahren, von den acuten die meisten im 3. und 4. Decennium des Lebens beobachtet. In 30 Fällen bestand Cholesteatom. Mit der Körner'schen Plastik hat Verf. gute Erfahrungen gemacht.

Hegetschweiler (31) beobachtete bei einem 64jährigen Manne, welcher unter Frost an einer linksseitigen Mittelohrentzündung erkrankt war, etwa sechs Wochen nach dem ersten Auftreten der Ohreiterung (kleine, hochgelegene Trommelfellperforation) durch Schüttelfröste angekündigte Metastasen in der linken Schulter und der linken Lumbalgegend. Die vorgeschlagene Ausräumung des im Warzenfortsatze vermutheten Infectionsherdes wurde nicht gestattet; doch wurde die locale Entzündung durch Erweiterung der Perforation und Einblasen von Borsäure zum Stillstand gebracht. Der in der Lumbalgegend entstandene metastatische Abscess wurde geöffnet; trotzdem kam es bald darauf zu einer Thrombose der Schenkelvenen, welche indessen innerhalb einiger Wochen heilte. Fast 4 Monate nach Beginn der Erkrankung trat abermals Ausfluss aus dem Ohre ein, worauf schon nach 2 Tagen eine nussgrosse, derbe Infiltration zwischen dem Warzenfortsatze und dem aufsteigenden Unterkieferaste zum Vorschein kam, welche sich allmälig bis zum Schildknorpel und bis zur Medianlinie des Halses ausdehnte. Der sich in Folge des nach innen erfolgten Durchbruches des Warzenfortsatzempyems bildende Abscess perforirte nach einiger Zeit in den Gehörgang, und zwei Tage darauf wurde die Eröffnung unterhalb des Kieferwinkels zugegeben. Nach diesem Eingriffe hörte die Eiterung binnen 8 Tagen ohne weitere Behandlung dauernd auf.

In einem Falle von Gomperz (32) überwuchs nach der Radicaloperation der nach Körner angeheilte hintere Gehörgangslappen das Antrum und die Paukenhöhle derart, dass der Gehörgang in der Tiefe häutig abgeschlossen erschien und nur durch eine enge Lücke mit der Paukenhöhle communicirte. Diese Oeffnung vergrösserte sich nach Sistiren der Eiterung durch Resorption, und nach 14 Tagen lagen Antrum, Kuppelraum und Paukenhöhle, von zartem, glänzendem Narbengewebe bekleidet, ganz frei.

Vorwölbungen des hinteren-oberen Trommelfellquadranten bei sonst intactem Trommelfelle und normaler Paukenhöhle kommen nach Gomperz (33) zuweilen dadurch zu Stande, dass die beim Schneuzen etc. in das Cavum tympani leicht eindringende Luft nicht zurückströmen kann. Mehrere solcher Fälle hat Verf. durch blosse Behandlung der zu Grunde liegenden Nasenrachenaffection geheilt. Beim Gebrauche des Siegle'schen Trichters ist die Vorwölbung zwar stets leicht beweglich, tritt aber nach dem Aufhören der letzten Luftverdichtung sofort wieder hervor.

Haug (34) beobachtete bei einem 39jährigen, mit Myocarditis und Morbus Brightii behafteten Manne, welcher schon längere Zeit an oft wiederkehrenden starken Nasenblutungen gelitten hatte, eine bilaterale hämorrhagische Mittelohrentzündung, die, ohne dass es zum Durchbruch der Trommelfelle oder zur Eiterung kam, in relativ kurzer Zeit heilte.

Otto (35) bespricht die bacteriologischen Ergebnisse der Untersuchungen von Netter, Zaufal, Moos, Weichselbaum und hebt besonders die Verdienste hervor, welche sich Zaufal durch seine Studien am Lebenden erworben hat. Leider sei bei den Schwankungen im Virulenzgrade der Microorganismen auch heute noch eine feste Classificirung der entzündlichen Mittelohrprocesse vom bacteriologischen Standpunkte nicht möglich. Auch die Frage sei noch offen, ob die Microben schon durch den bei der natürlichen Ventilation der Paukenhöhle liegenden Luftstrom verschleppt werden können. Nach den neueren Untersuchungen von Wurtz und Lermoyez und von Thomson und Hewlik werde der grösste Theil sämmtlicher Luftkeime schon im Vestibularraume der Nase zusammengehalten, die tiefer gelegenen Schleimhäute, namentlich die Schneider'sche Membran seien fast keimfrei. Die Forderung von Schwartze u. A., die Weber'sche Nasendouche der Infectionsgefahr wegen ganz aufzugeben, hält der Verf. für zu weitgehend; nur die kritiklose Anwendung des Verfahrens müsse beseitigt werden. Dass das Eindringen von Wasser bei der Nasenspülung nicht unbedingt eine Ohrenentzündung hervorrufen müsse, belegt Verf. durch einen von ihm beobachteten Fall. Gefährlicher für das Ohr sei der Catheterismus und das Politzer'sche Verfahren und es werde deshalb von Walb und Zaufal mit Recht die Einschränkung der Luftdouche befürwortet.

Therapeutisch empfiehlt Verf. vor Allem eine breite Incision des Trommelfelles und eine trockene Nachbehandlung mit Watteröhrchen.

Spira (36) behandelte einen 78jährigen, mit linksseitiger Schwerhörigkeit und subjectiven Geräuschen behafteten Mann durch Einblasung von Aetherdämpfen. Im Anschlusse an Influenza entwickelte sich eine sehr schmerzhafte acute Mittelohrentzündung, welche durch Paracentese geheilt wurde. Bald darauf entstand ein Furunkel, und beim Ausspritzen des Ohres hatte Verf. das Unglück, dass die in Unordnung gerathene Spritze das Trommelfell perforirte. Die Ohreiterung trat von Neuem auf, und obwohl sie bald heilte, blieben doch spontane Schmerzen in der Ohrgegend und besonders im Kopfe zurück. Da die Beschwerden einen neuralgischen Eindruck machten, wurde die galvanische Behandlung versucht; allein gleich nach der zweiten Sitzung trat Schwindel und linksseitige Abducensparese auf. Nachdem einige Monate lang unter heftigen Kopfschmerzen Schlaflosigkeit, Appetitmangel, Kräfteverfall bestanden hatten, zeigten sich Reizungserscheinungen am Warzenfortsatze, bei deren wechselndem Auftreten jedesmal die cephalalgischen Erscheinungen abnahmen. Allmälig kam es zur Fluctuation auf dem Proc. mastoideus, und die 8 Monate nach Beginn der Erkrankung vorgenommene Eröffnung eines subperiostalen Abscesses und Auskratzung des necrotischen Knochens führte in wenigen Wochen zur vollständigen Heilung.

Nach den aus 25 Sectionsberichten gewonnenen Erfahrungen von Lommel (37) gehören Erkrankungen des Mittelohres zu den fast regelmässigen Begleiter-

scheinungen der genuinen Diphtherie; nur in einem einzigen Falle war das Gehörorgan intact. Das Trommelfell zeigte selten stärkere, in 17 Fällen gar keine Zeichen von Entzündung; in 2 Fällen bestand catarrhalischer Tubenabschluss, in 5 Fällen einfacher acuter Mittelohrcatarrh ohne Exsudation, in 4 Fällen ein solcher mit schleimigem Secret; in 13 Fällen aller Felsenbeine (52 pCt.) fand sich Eiter in der Paukenhöhle; Perforation des Trommelfelles bestand auch in diesen Fällen niemals. Diphtheriemembranen enthielt das Mittelohr zweier Präparate. Das Antrum mastoideum war in der Mehrzahl der Fälle weniger afficirt als die Paukenhöhle; die Schleimhaut der knorpeligen Tube war in 21 Fällen (84 pCt.) normal, ein Beweis, dass es sich meist nicht um einen per continuitatem fortgeleiteten Process handelt.

Kuhn (38) beschreibt folgende zwei Fälle von Sarcom:

1. Myelogenes Sarcom bei einem 39jährigen Manne; beide Paukenhöhlen waren mit weichen Gewebsmassen angefüllt, auf beiden Warzenfortsätzen bestanden teigige Anschwellungen ohne Fluctuation, in denen stellenweise scharfe Knochenränder fühlbar waren. Die Mundschleimhaut war mit dicken Epithellagen bedeckt, alle Zähne, bis auf zwei auch schon lockere Backenzähne, waren ausgefallen. Die Schwellungen an den Warzentheilen erwiesen sich bei der Operation als grauweisse, wenig blutende Tumormassen, die aus den Warzenhöhlen sowohl nach aussen, als nach vorn und innen herausgewachsen waren.

Nach der so vollständig wie möglich ausgeführten Entfernung der Neubildungen war das Allgemeinbefinden im Ganzen besser; nach einigen Monaten brach aber Patient zuerst den einen, dann den anderen Oberschenkel, beide Male ohne erhebliches Trauma, und es war, zumal da keine Neigung zur Wiedervereinigung der Knochenenden bestand, sicher anzunehmen, dass auch hier der Knochenprocess die Verletzung verursacht hatte. Es trat dann Polyurie und Phosphaturie ein, und der Kranke ging allmälig zu Grunde.

2. Anaemische Frau von 43 Jahren, seit 1 Jahre mit Ausfluss aus dem linken Ohre behaftet, in welchem schon zwei Jahre früher ein bläuliches Knötchen beobachtet worden war. Bei der Untersuchung fand sich ein länglicher, von der vorderen Wand des knöchernen Gehörganges ausgehender, harter Tumor; vor und hinter dem Ohre sassen unter der Haut leicht verschiebbare, harte Anschwellungen. Die microscopische Untersuchung eines exstirpirten Stückes der Neubildung führte zu der Diagnose Melanosarcom. Da die Kranke einen grösseren Eingriff ablehnte, konnte nur noch ein grösserer Theil des Tumors entfernt werden, wobei es sich zeigte, dass die Geschwulst tief in die Paukenhöhle hineinreichte. Bald nach der Operation wurde die Kranke entlassen.

Nach Schwartze (41) ist in allen Fällen, in denen die Diagnose auf isolirte Caries der Ossicula gestellt wird, die Extraction vom Gehörgange aus indicirt; dieselbe soll aber auch versucht werden, wo die aus dem otoscopischen Befunde diagnosticirte isolirte Caries zweifelhaft erscheint. Wo die Diagnose auf Caries im Antrum mastoideum oder auf Cholesteatom neben Caries der Gehörknöchelchen gestellt wird, soll die Extraction vom Gehörgange aus gar nicht erst versucht, sondern zur radicalen Operation mit Freilegung sämmtlicher Mittelohrräume geschritten werden.

An einem, einem 41jährigen Manne entstammenden Präparate (Todesursache Phthisis pulmonum; Anamnese unbekannt) fand Schwartze (42) in der Squama des rechten Schläfenbeines einen 4,5:1—1,5 cm dicken, fast kreisrunden Tumor, der bis an die Pars petrosa heranreichte und die Schuppe nach aussen und innen usurirt hatte. Derselbe hatte einen lamellösen Bau und zeigte perlmutterartigen Glanz. Bei der microscopischen Untersuchung fand sich die für die Verhornungsproducte des Plattenepithels bei Cholesteatomen characteristische lamellöse Anordnung. Die Umhüllung bestand aus kernarmem, stellenweise leicht zellig infiltrirtem Bindegewebe und war nach innen von mehrschichtigem Plattenepithel ausgekleidet.

Das Trommelfell zeigte eine Narbe in der unteren Hälfte, Hammer und Amboss waren gesund, ebenso Antrum und Paukenhöhle. Wenn man nicht annehmen will, dass im Mittelohre der Entzündungs- und Fortleitungsherd zur spontanen Heilung gekommen ist, spricht das Präparat gegen die Habermann'sche Erklärung der Entstehung des Cholesteatoms durch Hineinwachsen von Epidermis in's Mittelohr. Verf. hält es für am wahrscheinlichsten, dass es sich um Absprengung von Plattenepithel in der embryonalen Entwickelungsperiode handelt (Cholesteatoma verum).

VIII. Inneres Ohr. Taubstummheit.

1) Ottolenghi, S., La condizione del sordomuto innanzi alla biologia ed alla legge. Arch. ital. di Otol. I. — 2) Alt, Ferdinand, Sectionsbefund eines Falles von Morbus Ménière (Leukämie). Wien. klin. Wchschr. 1. — 3) Zwaardemaker, H., Presbyakusis voor sisklanken. Weekbl. v. h. Nederl. Tijdschr. 25. Januar. — 4) Féré, Ch., Les stigmates tératologiques de la dégénérescence chez les sourds-muets. — 5) Rueda, Nécrose du labyrinthe. Rev. hebd. d. Laryng. 11. — 6) Compaired, G., Deux cas de labyrinthite aiguë infantile. Ibid. 16. Mai. — 7) Anton, Wilh., Beiträge zur Casuistik der Acusticus-Tumoren. Verhandl. der D. otol. Ges. — 8) Siebenmann, F., Mittelhirntaubheit und die centrale Cochlearisbahn. Ebendas. — 9) Dunn, John, Spontane Dehiscenz am oberen halbcirkelförmigen Canale. Zeitschr. f. Ohrenheilkunde. XXVIII. 2. (35jähriger Neger mit verschiedenen spontanen Dehiscenzen ohne weitere Erkrankung am Schläfenbein.) — 10) Kenefick, Thomas A., Ménière's disease, apoplectic form. New-York med. Record. 25. Juli. — 11) Danziger, Fritz, Ein Beitrag zum Werthe der acustischen Uebungen bei Taubstummheit nach Urbantschitsch. Wiener medicin. Presse. 32. — 12) Heller, Ueber einen Fall von psychischer Taubheit im Kindesalter. Wien. klin. Wochenschr. 33. — 13) Thornton, Bertram, The telephone and its application to the deaf. Lancet. 15. Aug. — 14) Bezold, F., Das Hörvermögen der Taubstummen. Wiesbaden. — 15) Alt, Ferdinand, Ueber apoplectiforme Labyrintherkrankungen bei Caissonarbeitern. Monatsschr. f. Ohrenhlkde. August. — 16) Siebenmann, F., Ueber die centrale Hörbahn und über ihre Schädigung durch Geschwülste des Mittelhirnes, speciell der Vierhügelgegend und der

Haube. Zeitschr. f. Ohrenhlkde. XXIX. 1. — 17) Alt, F. und F. Pineles, Ein Fall von Morbus Ménière bedingt durch leukämische Erkrankung des Nerv. acusticus. Wien. kl. Wchschr. 38. — 18) Bürkner, K., Der Ménière'sche Symptomencomplex. Handb. der spec. Ther. inn. Krankhtn. I. Jena. — 19) Urbantschitsch, V., Fall von psychischer Taubheit. Verhdl. d. I. österr. Otologentages. Ztschr. f. Ohrenhlkde. XXIX. 3. — 20) Politzer, A., Ménière'scher Symptomencomplex bei traumatischer Labyrinthläsion. Mittheilung des histologischen Befundes. Ebenda. — 21) Frankenberger, Ottokar, Adenoide Vegetationen bei Taubstummen nebst einigen Bemerkungen über die Aetiologie der Taubstummheit. Monatsschr. f. Ohrenhlkde. X. — 22) Guranowski, L., Zur Casuistik der Labyrinthnecrose. Exfoliation der knöchernen Bogengänge und des hinteren Vorhoftheiles. Ebenda. XII. — 23) Alt, Ferdinand, Ueber Mumpstaubheit. (Aus der K. K. Univ.-Klinik des Prof. Gruber in Wien. Ebendas. — 24) Schmiegelow, Zur pathologischen Anatomie der Taubstummheit. Ugeskrift f. Laeger. p. 560.

Ein von Alt (2) behandelter 66jähr. Mann, welcher unter heftigem Ohrensausen und Schwindel bei Bewusstlosigkeit nahezu vollständig taub geworden war, litt an hochgradiger Leukaemia myelo-lienalis. Beide Trommelfelle waren sehr eingezogen, getrübt. Die nach bald darauf eingetretenem Exitus vorgenommene Section ergab, dass im intramedullaren Verlaufe des Acusticus an zahlreichen Stellen leukämische Infiltrate lagen; besonders stark infiltrirt zeigte sich die Austrittsstelle des Nerven. An den Acusticusfasern stellenweise leichte Degeneration. Blutungen nirgend sichtbar, Mittelohr intact, Labyrinthbefund negativ.

Féré (4) hat innerhalb zweier Jahre 190 männliche Taubstumme zwischen 7 und 20 Jahren mit besonderer Berücksichtigung von congenitalen Bildungsfehlern untersucht. Bei den 94 Kranken mit angeborener Taubheit zeigten sich im Mittel 4,49, bei den 97 später taubstumm gewordenen 3,28 Bildungsanomalien der verschiedensten Art.

Rueda (5) beobachtete die Necrose des rechten Labyrinthes bei einem $3^1/_2$jährigen Knaben, welcher seit einigen Monaten an einer chronischen Mittelohreiterung litt. Es bestand Facialparalyse, die Tiefe des Gehörganges war mit Granulationen angefüllt, hinter denen ein Knochensequester nachweisbar war. Der letztere wurde mit einer Zange zerstückelt und in vier Theilen extrahirt. Er enthielt den unteren Theil des Vorhofes, die hintere Hälfte des äusseren und die untere Mündung des hinteren Bogenganges, den Anfang der ersten Schneckenwindung mit Promontorium, vorderem und unterem Theile des ovalen Fensters. — Einen Monat nach der Extraction war die Eiterung dauernd beseitigt.

Anton (7) beschreibt zwei Sectionsbefunde von Tumoren des Acusticus. In beiden Fällen handelte es sich um ein Fibrosarcom, welches von den Nervenscheiden des Acusticus und theilweise des Facialis ausgegangen war und namentlich das eine Mal beträchtliche Verschiebungen der Hirnnerven verursacht hatte. In dem einen Falle war auch die Schnecke im Canalis ganglionaris und in den Nervenbündeln der Lamina spiralis atrophirt.

Die Studien, welche Siebenmann (8, 16) an den bis 1896 veröffentlichten 59 Fällen von Vierhügeltumoren angestellt hat, ergaben, dass sich in solchen Fällen Schwerhörigkeit erst spät einstellt. Dieselbe zeigt anfangs den Typus, welchen Bezold als characteristisch für centrale Störungen hinstellt, indem die untere und namentlich die obere Tongrenze trotz hochgradiger Functionsstörung wenig eingeengt ist. Die Knochenleitung ist anfangs hochgradig verkürzt und fehlt später ganz.

Von den begleitenden Symptomen sind hervorzuheben: Herabsetzung des Sehvermögens, Ataxie, Ophthalmoplegie, clonisch-tonische Spasmen, scandirende Sprache; motorische und sensible Lähmungen fehlen.

Es handelt sich bei der Mittelhirntaubheit regelmässig um Störungen in der centralen Cochlearisbahn in der Gegend der lateralen Schleife. Die Schwerhörigkeit fehlt, solange der Tumor auf die Vierhügelgegend beschränkt ist und tritt erst auf, wenn die Laesion sich auf die Hirnschenkelhaube fortsetzt.

In 11 Fällen von hochgradigem Hydrocephalus zeigte sich nur 5 mal Schwerhörigkeit.

Der 45jährige Patient von Kenefick (10) war eines Nachts plötzlich mit Schwindel, Erbrechen, Sausen und Taubheit auf dem rechten Ohre erkrankt. Die Taubheit ging nach 14 Tagen, der Schwindel nach 6 Wochen zurück unter Anwendung von Chinin, später von Brom- und Jodkalium und Galvanisirung.

Danziger (11) hat in zwei Fällen von Vocaltaubheit die Methode der acustischen Uebungen nach Urbantschitsch angewendet. Der erste Kranke, ein durch Cerebrospinalmeningitis ertaubter Knabe, verstand nach 3 Monaten alle Vocale deutlich, konnte aber nicht regelmässig weiterbehandelt werden. Der zweite Patient, ein 8jähriges, gleichfalls durch Cerebrospinalmeningitis taubgewordenes Mädchen, wurde täglich eine Stunde lang mit Sprachübungen, daneben auch mit Hülfe von Musikinstrumenten, behandelt und hörte nach einem Jahre die Stimmgabeln C_2 und C_1, sang auch den Ton richtig nach. Die Unterhaltung konnte jetzt durch lautes Sprechen ins Ohr geführt werden. Einige Monate später wurde auch laute Conversationssprache in der Nähe des Ohres vollständig verstanden, Lesestücke und Gedichte wurden mit richtiger Betonung vorgetragen.

Der von Heller (12) unterrichtete und mit acustischen Uebungen behandelte, sehr erregbare $3^1/_2$jährige Knabe, welcher bei normalem Ohrbefunde an psychischer Taubheit litt und stumm war, verfügte nach längerer Dauer des Unterrichtes über eine völlig normale Aufnahmsfähigkeit durch das Gehör und war im Stande, nicht nur von ihm geforderte Leistungen auszuführen, sondern auch Erkenntnisse und Urtheile spontan in Worte zu kleiden und zweckmässige Fragen zu stellen. Es kommt nach Verf. bei der Behandlung von eretischen Individuen im Wesentlichen auf die Bekämpfung des dauernden Erregungszustandes und auf die Weckung und Pflege der Concentrations- und Perceptionsfähigkeit an. Von besonders guter Wirkung ist neben ländlicher Abgeschiedenheit das Fussbodenliegen und Fussbodenturnen, sowie rhythmische und zunächst passiv ausgeführte Bewegungen des Körpers gegen die Erregung gewesen. Nach eingetretener Beruhigung des Kranken kann dann die Concentrationsmethode angewandt werden, die darin besteht, dass das gesprochene Wort auf den wahrgenommenen Gegenstand bezogen wird, wodurch jene psychischen Vorgänge herbeigeführt

werden, welche zur Erwerbung der normalen Sprache führen.

Thornton (13) hat in einer Taubstummenanstalt Versuche über die Verwendbarkeit des Telephons für Hörübungen gemacht und empfiehlt einen tragbaren, aus Schallfänger, Höransatz und einigen Trockenelementen bestehenden Apparat, welchen er Lamprophon („Hellhörer") nennt und welcher bei 10—15 pCt. der Kinder gute Resultate für die Erziehung geben soll.

Bei den in der Donau beschäftigten Caissonarbeitern hat Alt (15) neben weniger schweren Ohrerkrankungen in 3 Fällen apoplectiforme Labyrintherkrankungen nachgewiesen. Dieselben werden durch Schwellungszustände der Tuben hervorgerufen, da bei solchen das Mittelohr unter einem negativen Drucke steht. Es kommt zur Stauungshyperämie im Mittelohre und im Labyrinth. Objectiv sind Retraction und Injection des Trommelfelles, zuweilen Ecchymosen beobachtet worden; die Luftdouche erleichterte die Patienten stets erheblich. In den drei vom Verf. auszugsweise mitgetheilten Fällen von apoplectiformer Labyrinthaffection trat unter dem Bilde des Ménière'schen Symptomencomplexes nahezu complete Taubheit auf, die bei allen drei Arbeitern auf einem Ohre binnen wenigen Tagen zurückging, ohne dass sich normales Hörvermögen einstellte, während sie auf dem anderen Ohre dauernd bestehen blieb. In den taub gebliebenen Gehörorganen nimmt Verf. Blutung und Zerstörung der Labyrinthgebilde, in den gebesserten Organen Transsudation mit secundärer Drucksteigerung als Ursache der Functionsstörung an.

Die Ohraffectionen traten in allen Fällen nicht im Caisson selbst, sondern erst kurze Zeit nach dem Verlassen desselben auf, weil, wie die Blutdruckmessungen ergeben haben, der Druck in der Art. radialis beim Einschleusen herabsinkt, sich dann auf der niedrigen Stufe hält, so lange der Aufenthalt im Caisson dauert, nach dem Ausschleusen aber wieder ansteigt und eine grössere Stärke als vor dem Einschleusen erreicht.

Der von Urbantschitsch (19) beschriebene Fall von psychischer Taubheit betraf eine seit 8 Jahren schwerhörige 22jähr. Lehrerin. Dieselbe litt vielfach an psychischen Depressions- und Exaltationszuständen, zuweilen an Störungen des Bewusstseins und Wahnideen, sowie an Schwindel. Die Untersuchung ergab bei annähernd normalen Trommelfellbildern fast gänzlichen Verlust des Sprachgehörs, so dass die Kranke nur mit dem Hörrohre einige Worte vernahm. Stimmgabeltöne wurden sowohl per Luft- als Knochenleitung percipirt; Rinne beiderseits negativ. Harmonikatöne wurden von Contra F bis f4 erkannt, die Galtonpfeife fast bis zur oberen Tongrenze wahrgenommen. Die Kranke gab an, dass sie auch mässig laut gesprochene Worte allerdings höre, aber nicht verstehe. Zuweilen falle ihr erst nach Stunden ein früher nicht verstandenes Wort, ja ein ganzer Satz plötzlich ein. Durch lange fortgesetzte Hörübungen wurde die Kranke so weit gebracht, dass man in halblauter Sprache sich mit ihr unterhalten konnte.

Politzer (20) beobachtete bei einem 21jährigen Manne, welchem ein schwerer Gegenstand auf den Kopf gefallen war, vollständige Taubheit: dieselbe war nach dreitägigem Verlust des Bewusstseins bemerkt worden. Gleichzeitig bestanden Gleichgewichtsstörungen mit der Tendenz nach links zu fallen, Lähmung des rechten Facialis, Geschmackslähmung an der rechten Zungenhälfte. Die Trommelfelle waren getrübt. Nach einigen Tagen traten plötzlich Cerebralsymptome ein, auf welche die zur Entleerung von rasch angesammeltem Exsudate vorgenommene Paracentese keinen Einfluss hatte; drei Tage später Exitus an Meningitis. Die Section ergab Meningitis, Basisfractur durch beide Felsenbeine bis zur inneren Paukenhöhlenwand, 2 mm hinter dem Porus acusticus internus vorbeilaufend. Beide Schneckenscalen waren in sämmtlichen Windungen von einem theils feinkörnigen, theils rundzelligen Exsudate erfüllt; an einzelnen Stellen war das Endostium gewuchert. Corti'sches Organ nicht deutlich differenzirbar; Nerven des Modiolus, der Spiralplatte und des Spiralganglion von feinkörniger Substanz durchsetzt. Exsudatplaques, wie sie in der Zellmasse vorgefunden wurden, zeigten sich auch im Utriculus, den Ampullen und Bogengängen.

Frankenberger (21) hat 158 Schüler der Prager Taubstummeninstitutes mit Rücksicht auf die Erkrankungen der Nase untersucht und gefunden, dass bei 119 Kranken = 75,81 pCt. Hypertrophie der Pharynxtonsille bestand. Grössere Anomalien des Ohres wurden ausserdem bei 86,48 pCt. beobachtet, und zwar handelte es sich in 42 Fällen um chronische Eiterungen oder deren Residuen, und unter diesen Fällen zeigten 37 = 88,1 pCt. adenoide Vegetationen. Aus dieser gewiss nicht zufälligen Häufigkeit der Hypertrophie der Rachenmandel bei Taubstummen schliesst Verf., dass diese Anomalie zu der Taubstummheit in einem causalen Verhältniss stehe.

Guranowski (22) beobachtete ein $2^1/_2$jähriges Mädchen, welches im Anschlusse an im neunten Monate durchgemachten Scharlach an linksseitiger Otitis media purulenta litt. Kurze Zeit vor der ersten Untersuchung war ein grosser Abscess am Warzenfortsatze eröffnet worden; seitdem bestand dort Fistelbildung. Der äussere Gehörgang war mit Granulationen erfüllt. Eine Radicaloperation wurde verweigert. Als aber nach 8 Tagen Facialparalyse auftrat, entschloss die Mutter sich für den Eingriff. Derselbe gelang gut, doch blieb eine minimale Mittelohreiterung zurück und nach 6 Monaten kam ein Sequester zu Tage, welcher ein vorzügliches Präparat der knöchernen Bogengänge und des hinteren Vorhofstheiles darstellte. Danach vollständige Heilung bis auf die persistente Faciallähmung.

Alt (23) sah bei einem 12jährigen Mädchen, das 8 Tage vorher an Mumps erkrankt und gleich vom ersten Tage der Krankheit an unter Ohrensausen und Schwindel rasch taub geworden war, ein normales rechtes, zerstörtes (zwei Jahre vorher Eiterung) linkes Trommelfell. Die auf den Scheitel aufgesetzte C_2-Gabel wurde im ganzen Kopfe verkürzt percipirt, vor beiden Ohren wurden weder hohe noch tiefe Töne gehört. Complete Taubheit für Uhr, Sprache, Höhrrohr und Pfeife. Nach Behandlung mit Pilocarpin, Jodkalium und Hörübungen zeigte sich eine zunehmende Besserung des Gehörs bis 30 resp. 100 cm für Conversationssprache. Der Rinne'sche Versuch fiel beiderseits negativ aus, tiefe Töne wurden besser percipirt als hohe.

[Schmiegelow (24) giebt den Sectionsbericht über ein Leiden der Endausbreitung des Nervus acusticus in

der Cochlea. Alle Nervenelemente in dem Canalis spiralis modioli verschwunden, ebenso die Membrana Reissneri, so dass der Ductus cochlearis nicht existirt; keine Spur von dem Corti'schen Organe. Die Scala tympani von Bindegewebe ausgefüllt. Das äussere Ohr und das Mittelohr gesund. Verf. betrachtet die Affection als eine postfoetale, vielleicht durch Meningitis cerebrospinalis hervorgerufen. Anamnestische Erläuterungen fehlen.

Victor Bremer.]

IX. Intracranielle Complicationen.

1) Zaufal, E., Otitischer Gehirnabscess im linken Temporallappen. Optische Aphasie. Eröffnung durch Trepanation. Heilung. Nebst topisch-diagnostischen Bemerkungen von Arnold Pick. Prager Wochenschr: 5. 6. 8. 9. — 2) Schmiegelow, E., Endocranielle Complication während des Verlaufes einer Mittelohraffection. Trepanation und Heilung. Zeitschr. f. Ohrenhlkde. XXVIII. 2. — 3) Gradenigo, G., Contribuzione alla casuistica delle complicazioni endocraniche delle otiti. Arch. ital. di otol. I. — 4) Hessler, H., Die otogene Pyämie. Jena. — 5). Mc Cann, William, A case of otitis media and its sequelae. Dublin Journ. April. (Extraduralabscess, Sinusthrombose und pyaemische Pneumonie.) — 6) Kümmel, W., Beiträge zur Pathologie der intracraniellen Complicationen bei Ohrerkrankungen. Zeitschr. f. Ohrenhlkde. XXVIII. 3 u. 4. — 7) Lichtenberg, Kornel, Beiträge zur Casuistik der otogenen intracraniellen Complicationen. Wien. med. Presse. 10. Mai. — 8) Röpke, F., Ein Fall von Pyämie nach acuter Ohreiterung. Aufmeisselung, perisinuöser Abscess, Thrombose des Sin. transversus. Heilung. Zeitschr. f. Ohrenhlkde. XXVIII. 4. — 9) Barr, Thomas, Ueber die Behandlung von intracraniellen Abscessen, welche sich an Ohreiterungen anschliessen. Ebenda. — 10) Lannois, M. et N. Jaboulay, L'hémianopsie dans les abscès cérébraux d'origine otique. Revue hebd. de Laryng. 6. Juni. — 11) Gluck, Th., Schädeltrepanation und Ohrchirurgie. Berlin. klin. Wochschr. 26—29. — 12) Boppe, Abscès du cerveau consécutif à une otite grippale; double trépanation (rapport par M. Chauvel). Bullet. et mém. de la Soc. de chir. 447. — 13) Rimini, E., Ueber einen Fall von Pyämie in Folge acuter eiteriger Mittelohrentzündung nach Diphtherie. Berl. klin. Wochschr. 6. Juli. — 14) Bloch, E., Ueber den Sinus caroticus. Verh. d. D. Otol. Ges. — 15) Schubert, P., Pathologische Präparate. Ebendas. — 16) Brieger, O., Ueber die pyämische Allgemeininfection nach Ohreiterungen. Zeitschr. f. Ohrenhlkde. XXIX. 1. — 17) Breitung, Max, Casuistischer Beitrag zur Pathogenese der Leptomeningitis otica. Münch. med. Wochschr. 34. — 18) Denker, Alfred, Ein Fall von otitischer Sinusphlebitis und metastatischer Pleuritis purulenta durch Operation geheilt. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. IX. — 19) Koerner, O., Ein Fall von Chlorom beider Schläfenbeine, beider Sinus sigmoidei und beider Orbitae, eine otitische Phlebitis des Sinus cavernosus vortäuschend. Zeitschr. f. Ohrenheilkde. XXIX. 1. — 20) Mort, J., Ein Fall von otitischen Hirnabscessen im Hinterhauptlappen. Ebendas. Heft 3. — 21) Politzer, A., Ein Fall von geheilter otitischer Pyämie mit Thrombose der Vena jugularis und eiteriger Metastase im linken Ellbogengelenk. (Verh. d. I. öst. Otologentages.) Ebendas. — 22) Abbe, Robert, Ein Fall von Carotis-Blutung bei Necrose des Mittelohres. Operationen. Ebendas. — 23) Körner, O., Eine Bemerkung über die Symptome der Phlebitis des Sinus cavernosus. Ebendas. — 24) Gruber, J., Zur Lehre von den otitischen intracraniellen Erkrankungen. (Verh. d. I. öst. Otologentages.) Ebendas. — 25) Woodward, J. U., Eiterige Mittelohrentzündung. Abscess im Kleinhirn, Tod, Autopsie. Ebendas. Heft 4. — 26) Stern, L., Ouverture de l'apophyse mastoïde, phlébite de la veine jugulaire; symptômes intra-craniens consécutifs d'origine nerveuse. Guérison. Revue hebd. de Laryng. 50. — 27) Politzer, A., Beiträge zur operativen Freilegung der Mittelohrräume. Arch. f. Ohrenhlkde. XLI. 1. — 28) Schwartze, H., Otogener Cerebellarabscess. Ebendas. Heft 3 u. 4. — 29) Leutert, Ernst, Ueber die otitische Pyämie. (Aus der Königl. Univers.-Ohrenklinik in Halle.) Ebendas. — 30) Hoffmann, Richard, Ausgedehnte, nicht inficirte Thrombose mehrerer Hirnsinus und der Jugularis in Folge einer Operationsverletzung des Sinus transversus. Zeitschr. f. Ohrenhlkde. XXX. 1. — 31) Kuhn, A., Casuistische Mittheilungen aus der Klinik für Ohrenkrankheiten der Universität Strassburg. Ebendas. — 32) Grunert, Carl, Ein Beitrag zur operativen Behandlung des otogenen Hirnabscesses. (Aus der Königl. Universitäts-Ohrenklinik in Halle.) Berl. klin. Wochschr. 28. December — 33) Poulsen, K., Ueber cerebrale Erkrankungen bei der Otitis media. Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 52. Heft 2. — 34) Heiman, I., Ein Fall von Abscess des Kleinhirnes in Folge von Otitis. Medycyna. 8. u. 9.

Zaufal (1) weist auf die Schwierigkeiten der Erkennung von Abscessen im rechten Schläfenlappen und im Kleinhirn hin und beschreibt einen Fall von Abscess des linken Temporallappens, dessen Sitz in genauester Weise von Pick präcisirt worden war.

Die 25jährige Patientin, welche angeblich erst 14 Tage vor der Aufnahme unter heftigen Schmerzen im linken Ohre erkrankt war, zeigte etwas Benommensein des Sensoriums, Erbrechen, Kopfschmerzen; die rechte Pupille war etwas weiter als die linke, der rechte Mundwinkel stand etwas tiefer als der linke, die rechte Lidspalte wurde nicht vollständig geschlossen. Die ophthalmoscopische Untersuchung ergab nichts Abnormes. Die Facialparese nahm in den folgenden Tagen zu, die Pulsfrequenz wurde verringert, es machten sich deutliche Sprachstörungen bemerkbar (geringgradige Paraphasie), bald auch eine rechtsseitige Hemiplegie. Pick stellte die Diagnose auf „einen localen Herd im linken Schläfenlappen, in der Gegend der 2. und 3. Temporalwindung mehr nach rückwärts und in der Marksubstanz".

Am 27. September 1895 (6 Tage nach der Aufnahme) wurde die Operation vorgenommen, da der Process im Ohre ein acuter war, ohne breite Eröffnung. Die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes mit theilweiser Wegnahme der hinteren Gehörgangswand förderte nur Serum zu Tage; der freigelegte Sinus war normal. Trepanation der mittleren Schädelgrube, Fluctuationsgefühl am freigelegten Gehirn bei der Palpation. Bei der Exploration mit dem Trocar entleert sich aus einer Tiefe von $1^1/_2$ cm zuerst Serum, dann Eiter. Spaltung des Gehirns, Ausspülung der hühnereigrossen Abscesshöhle, Ausfüllung mit Jodoformgaze.

Schon am folgenden Tage haben die Kopfschmerzen aufgehört, die Facialparese ist geringer, die Hemiplegie schwächer, beide am 30. September ganz geschwunden, ebenso die optische Aphasie. Am 11. Tage nach der Operation wird ein wallnussgrosser Hirnprolaps herausgedrängt und die Hautwunde verkleinert. Im weiteren Verlaufe zeigte sich die früher nicht sichtbare, hanfkorngrosse Trommelfellperforation, die sich bald verkleinerte; die Hörweite für Flüstersprache stieg auf 10 m. Am 16. März wurde Pat. aus der Klinik entlassen. Auffallend war, dass der ophthalmoscopische Befund erst nach der Operation eine zunächst zunehmende entzündliche Erscheinung an den Papillen ergab, bis 20 Tage post operationem normaler Befund im Augenhintergrunde nachgewiesen werden konnte.

Schmiegelow (2) operirte einen 12jährigen, seit langer Zeit mit einer Mittelohreiterung behafteten Knaben, bei welchem die langsame Pulsfrequenz, Uebelkeit, Somnolenz und Kopfschmerzen einen Hirnabscess vermuthen liessen. Ein grosses Cholesteatom und ein epiduraler Abscess wurden freigelegt, ein Hirnabscess fand sich aber bei der Trepanation nicht. Ausgang in Heilung.

Kümmel (6) berichtet über folgende Fälle von intracraniellen Complicationen: a) 61 Jahre alter, früher stets gesunder Mann. Im Laufe der letzten 5 Monate 6mal Paracentese wegen stets unter lebhaften Schmerzen nach der jeweiligen Heilung des Trommelfelles recidivirender Mittelohrentzündung. Schliesslich veranlassten erheblichere Störungen des Allgemeinzustandes, die bisher gefehlt hatten, zur Operation. Osteosclerose, Vorlagerung des Sinus; am Boden des sehr tief liegenden, mit starkblutenden Granulationen gefüllten Antrums geradlinig medialwärts verlaufende Fistel. In grosser Tiefe vorgebildete ansehnliche Knochenlücke, aus der sich beim Zurückdrängen der Dura reichlich Eiter entleert. Verf. nimmt an, dass er bis in die Nähe des Porus acust. internus und des Foramen jugulare vorgedrungen ist und in der Höhe zwischen beiden den extraduralen Abscess getroffen hat (Empyem des Sacc. endolymph.?). Heilung binnen kurzer Zeit.

b) 3 Jahre altes Kind mit acuter Otitis media purulenta; von anderer Seite schon zweimal am Warzenfortsatz operirt, dann wegen muthmasslicher Meningitis tuberculosa aufgegeben. Trotz bestehender hochgradiger cerebraler Erscheinungen operirt Verf. Die schon bestehende Höhle öffnet sich nach oben in einen Defect der oberen Pyramidenkante zur Dura. Freilegung des Antrums, Wegnahme der hinteren Gehörgangswand. Exenteration der Paukenhöhle, sagittale Incision der Dura; Probepunction des Hirns ergiebt in einer Tiefe von fast 3 cm Eiter. Einschneiden der sehr resistenten Abscesswand, Entleerung eines taubeneigrossen Abscesses. Nach 2 Tagen breite Incision des schon vorher freigelegten Sinus: braunrothe Thrombusmassen entleert; Spaltung der cerebellaren Sinuswand mit Entleerung reichlicher gelblicher Flüssigkeit. Einige Stunden später Tod. Section ergab: keine Meningitis; in der Markmasse der rechten Hemisphäre findet sich ausser dem durch die Incision eröffneten Abscesse mit sehr dicker Membran ein zweiter, grösserer Abscess, nur durch eine feste Membran vom ersten getrennt.

Bei einem 15jährigen an acuter Otitis media erkrankten Patienten fand Lichtenberg (7) das typische Bild eines Warzenfortsatzempyems; ein Schüttelfrost und heftiger Kopfschmerz, sowie die Verfallenheit des Patienten liessen einen radicalen Eingriff gerechtfertigt erscheinen. Hierbei fanden sich ein subperiostaler Abscess im Proc. mastoideus, ein kleiner intramusculärer Senkungsabscess im Kopfnicker, Fistel in der Corticalis, cariös erweichte Zellen, Tegmen antri und Sulcus sigmoïdeus cariös, ein perisinuöser und periduraler Abscess der mittleren Schädelgrube. Verschluss des Operationscanales nach 7 Wochen.

Röpke (8) hat bei einer 26 Jahre alten Frau, welche im Anschluss an eine acute Mittelohreiterung an Pyämie (Schüttelfröste mit steil bis 41,6° ansteigenden Temperaturen) erkrankt war, die Radicaloperation ausgeführt, wobei sich Thrombose und theilweise Vereiterung des Emissarium mastoideum, Eiterung der Warzenzellen und Einschmelzung des Knochens bis an die gesunde Sinuswand, Thrombose des Sinus transversus ergab. Heilung.

Barr (9) schildert die ausserordentlich günstige Einwirkung, welche das operative Verfahren bei verschiedenen intracraniellen Complicationen der Ohreiterung auszuüben im Stande ist, besonders bei Abscess im Cerebrum (Lobus temporo-sphenoidalis), bei Cerebellarabscess, bei extraduralen und subduralen Abscessen und bei infectiösen Sinusthrombosen.

Die vorbereitende Eröffnung der Mittelohrräume vollzieht Verf. mit Vorliebe mit dem rotirenden Knopfbohrer, der Hohlmeissel wird nur ausnahmsweise zu Hülfe genommen.

Verf. hat aus der Literatur der letzten 7 Jahre 158 Fälle zusammengesucht, in denen Operationen mit nachfolgender völliger Wiederherstellung der Kranken zur Beseitigung von intracraniellen Complicationen unternommen worden sind.

Lannois und Jaboulay (10) beobachteten bei einem 29jährigen Manne, der seit 25 Jahren an einer eiterigen Otitis media gelitten hatte und schliesslich an einer intracraniellen Complication zu Grunde ging, neben Schwindel, taumelndem Gange, Uebelkeit, Dysphagie, Kopfschmerz, rechtsseitiger Hemiparese und partieller Aphasie auch Hemianopsie bei erhaltenem Papillarreflex. Nach zwei vergeblichen Versuchen, dem angenommenen Hirnabscesse auf operativem Wege beizukommen, hatte ein dritter Eingriff den gewünschten Erfolg der Eiterentleerung. Der Tod trat einige Tage nach dieser letzten Operation ein, und die Autopsie ergab einen Abscess im Occipitallappen.

Gluck (11) giebt eine historisch-kritische Darstellung der in den letzten 25 Jahren erreichten Erfolge der Otochirurgie. Sein Resumé lautet: „Wenn in Zukunft die otologischen Specialforschungen mehr und mehr Gemeingut der gesammten Medicin werden sollten, der Ohrenarzt, wie Bergmann schreibt, wieder Chirurg, wie er einst aus dem Schoosse der Chirurgie hervorgegangen, dann steht zweierlei von diesem Fortschritte zu erhoffen. Einmal werden Prophylaxe und rationelle milde Behandlung im Sinne Haug's, Michael's und Hartmann's in einer stetig grösseren Anzahl von Fällen schwere chirurgische Eingriffe vermeiden lehren, zweitens aber wird man bei den chirurgischen, das Leben direct bedrohenden Complicationen nicht zögern, lebensrettende Eingriffe zu wagen, auf die Gefahr hin, das Gehörgan als solches auf der Seite der Erkrankung zu opfern.“ „Am Ohre und der Paukenhöhle hat man bis zu Schwartze nicht einmal den Eiterungen freien Abfluss zu schaffen gewagt, und erst seit diesem Schöpfer der Trepanation des Warzenfortsatzes etappenweise der Chirurgie den berechtigten Zutritt zum Schläfen- und Felsenbeine gestattet. Zaufal's Idee und Initiative endlich verdanken wir die erfolgreiche Behandlung der otitischen Sinusthrombosen.“

Bei dem von Boppe (12) behandelten Zuaven,

welcher in Folge von Influenza an einer rechtsseitigen, eitrigen Mittelohrentzündung erkrankt war, traten nach dem Versiegen der Otorrhö Fieber, linksseitige Lähmung und am folgenden Tage Aphasie auf. Bei der Paracentese, welche jetzt vorgenommen wurde, zeigte sich kein Exsudat. Obwohl auch der Warzenfortsatz keine krankhaften Veränderungen darbot, wurde zur Trepanation geschritten. Dabei entleerte sich etwas Eiter, bei der Erweiterung der Knochenöffnung und mehrfachen Punctionen wurde kein weiterer Eiter gefunden. Da der Zustand des Patienten unverändert blieb, wurde schon am folgenden Tage von Neuem trepanirt, aber wiederum ohne Erfolg, weil die richtige Stelle nicht getroffen wurde. Der Kranke starb nach 5 Tagen, und es fand sich bei der Section in der vorderen Partie der ersten Schläfenwindung ein taubeneigrosser Abscess. Das Mittelohr war intact.

Rimini (13) beschreibt einen Fall von otitischer Pyämie nach Diphtherie, welchen er bei einem $3^1/_2$jähr. Kinde beobachtete. Die Diphtherie war leichter Natur, das Tonsillenexsudat verschwand nach einmaliger Seruminjection; während der Reconvalenz (10 Tage nach der Injection) plötzliches Fieber mit scarlatinaähnlichem Exanthem, zwei Tage später Ohrenschmerzen, dann eitriger Ausfluss, gleichzeitig mit letzterem aber Schüttelfröste. Nach 3 Tagen schmerzhafte Schwellung des linken Kniegelenkes und des linken Oberarmes; am selben Tage Exitus. Im Sinus transversus, petrosus superior und inferior rechts flüssig schwarzes Blut; äusserer Gehörgang, Paukenhöhle und Antrum mit dickem, bröckligem Eiter gefüllt, kleine Perforation des Trommelfelles, Warzenzellen intact. Links derselbe Befund, aber vollständige Zerstörung des Trommelfelles.

Bloch (14) hat einen Fall beobachtet, in welchem am Schlusse einer Warzenfortsatz-Aufmeisselung wegen Caries und Cholesteatom eine äussert heftige venöse Blutung auftrat, welche er auf eine Verletzung des Bulbus venae jugul. zurückführen zu müssen glaubte. Nach der Entlassung aus der Klinik wurde der Kranke wiederholt von Blutungen aus dem operirten Ohre, dem Munde und der Nase befallen und ging auch in einem derartigen Anfall zu Grunde. Die Section ergab, dass der Boden der Paukenhöhle intact war, hingegen das Zwischenstück zwischen Canalis caroticus und Paukenhöhle eine grosse cariöse Lücke aufwies. Die bei der Operation eingetretene venöse Blutung muss also aus dem die Carotis durch den Canal begleitenden Sinus caroticus gestammt haben.

Unter den von Schubert (15) beschriebenen Sectionsbefunden an operirten Schläfenbeinen ist besonders ein Fall hervorzuheben, welcher einen seit Jahren mit chronischer Otorrhö behafteten 8jähr. Knaben betraf. Bei diesem bestand seit 24 Stunden eine retroauriculäre Anschwellung, bei deren Spaltung reichlicher fötider Eiter sich ergoss. Einige Tage später wurde von einer dicht hinter dem Gehörgange gelegenen Fistel aus eine grosse, nach oben von der granulirten Dura begrenzte Höhle eröffnet. Bei der Abkratzung der Dura wird keine Fistel gefunden. 14 Stunden nach der Operation Tod unter Lungenödem. Die Section lehrte, dass von der Stelle der Dura aus, an welcher die Granulationen gesessen hatten, ein schmutzig grauer Fleck in einen leeren Abscess führte. Augenscheinlich war letzterer durch den Warzenfortsatz unter die Weichtheile durchgebrochen.

Brieger (16) bestätigt zunächst, dass Pyämie auch ohne Vermittelung der Thrombose eines Hirnsinus sich an eine Ohreiterung anschliessen kann, bespricht sodann die Muskelmetastasen (ähnlich der Dermatomyositis) und die durch Vermittelung der Knochenvenen entstehende (osteophlebitische) Pyämie. Lungenmetastasen sind, wie Verf. beobachtet, bei den nicht mit Sinusphlebitis complicirten Pyämiefällen selten. Bei der osteophlebitischen Pyämie den Knochen selbst möglichst in der ganzen Ausdehnung des erkrankten Gebietes fortzunehmen, wie es Hessler empfiehlt, hält Verf. nicht für richtig und jedenfalls ohne locale Indication für unzweckmässig. Die Jugularisunterbindung hält B. bei Pyämie ohne Sinusphlebitis nicht nur für gefährlich, sondern auch für nutzlos, weil durch den Verschluss dieses einen Weges den Infectionskeimen der Eintritt in die Blutbahn doch nicht versperrt werden könne.

Bezüglich der durch Thrombophlebitis des Sinus transversus erzeugten Pyämie betont Verf., dass trotz unerwarteten Erfolgen der Therapie die Diagnose nur wenig gewonnen habe. Unbestritten sei die diagnostische Bedeutung der characteristischen Fiebercurve, ausschlaggebend der Nachweis von Metastasen. Fehlen der Sehnenreflexe, Pepton im Urin (Passow) seien keine zuverlässigen Symptome. Auch die Veränderungen im Augenhintergrunde können einerseits bei Pyämie fehlen, andererseits, wie es scheint, bei uncomplicirten Otitisfällen vorkommen.

Der letzte und sicherste Weg, den man für die Feststellung der Sinusphlebitis einschlagen kann, ist die explorative Freilegung des Sinus und eventuell die ziemlich ungefährliche Probeincision desselben, obwohl auch diese unklare Ergebnisse liefern kann: z. B. schliesst die Aspiration flüssigen Blutes aus dem Sinus die Anwesenheit eines Thrombus nicht aus. Für sehr wichtig hält Verf. die microscopische Untersuchung von Blutproben und die Verimpfung auf Thiere. (Eintreten toxischer Allgemeinerscheinungen auch ohne Anwesenheit von Microorganismen).

Was die Prognose der Sinusphlebitis betrifft, so ist daran festzuhalten, dass die radicale Freilegung des in den Mittelohrräumen localisirten Krankheitsprocesses die erste Voraussetzung für die Dauer der Heilung ist. Die Entleerung extraduraler Abscesse kann, ebenso wie schon die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes allein, in manchen Fällen zur Heilung führen. Die breite Eröffnung des Sinus durch Excision der Wand und Ausräumung des Inhalts kann im Allgemeinen als unbedenklich angesehen werden.

Auch bei bestehender Sinusphlebitis hält Verf. die Unterbindung der Jugularis nicht für ungefährlich, weil rückläufige Embolie, Thrombosirung entstehen kann; jedenfalls müsse die Ligatur local indicirt sein.

Für Thrombose des Sinus cavernosus sind Exophthalmus, Augenmuskellähmungen, Lidödem, Chemosis und Blutungen der Conjunctiva bulbi, Retinalvenenhyperämie, Trigeminusanästhesie characteristisch. In zwei vom Verf. beobachteten Fällen folgte der Eröffnung des Sinus transversus ein deutlicher und überraschend schneller Rückgang der Stauungserscheinungen im Gebiete des Sinus ophthalmicus. Die Prognose der Thrombose des Sinus cavernosus muss, obwohl einzelne Fälle von Spontanheilung beschrieben sind, als sehr ungünstig bezeichnet werden.

Ueber die vom Verf. beobachteten 14 Fälle von Sinusphlebitis muss im Originale nachgelesen werden.

Der von Breitung (17) behandelte Knabe von 12 Jahren war 5 Tage vor der ersten Untersuchung durch den Verf. unter Schüttelfrost mit Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Obstipation, Schlaflosigkeit erkrankt;

es traten dann Empfindlichkeit gegen Licht, Schall und Hautreize hinzu. Der rechte Gehörgang war geschwollen und enthielt Eiter; in der Tiefe erschien ein glatter, breiter, unbeweglicher Gegenstand, der sich bei der Sondirung wie Holz anfühlte. Nach der Extraction erwiess sich dieser Körper als ein keilförmiger Holzpflock, der macerirt aussah. Das Trommelfell war durch Druck atrophisch, aber sonst intact, an der linken oberen Gehörgangswand entleerte sich aus einem Schlitze etwas fötider Eiter. Nach Extraction des Fremdkörpers trat ruhiger Schlaf ein, und nach 10 Tagen war vollständige Heilung zu bemerken. Was die Herkunft des Fremdkörpers betrifft, so war dieselbe nicht genau festzustellen; wahrscheinlich hatte derselbe lange im Ohre gelegen und war bei einer einige Tage vor der Erkrankung stattgehabten Balgerei tiefer in den Gehörgang gerathen.

Verf. erklärt das Krankheitsbild als Leptomingitis entstanden durch Fortkriechen einer Otitis externa.

Denker (18) führte bei einem 7jährigen Knaben, welcher an einer acuten linksseitigen eiterigen Mittelohrentzündung mit Perforation der Membr. flaccida erkrankt war und nach plötzlichem Sistiren der Eiterung pyämische Erscheinungen darbot, die Freilegung des Sinus transversus und Spaltung der Sinuswand in einer Ausdehnung von $2^1/_2$ cm aus. Nach einigen Tagen stellte sich eine metastatische Pleuritis ein, welche die Resection der sechsten Rippe erforderte. Der Ausgang war vollständige Heilung.

Der 6jährige Knabe, dessen Krankengeschichte Körner (19) veröffentlicht, wurde im August 1895 schwerhörig und klagte über zunehmende Kopfschmerzen. Am 1. October wurde er in die Ohrenklinik aufgenommen. Bei dem auffallend blassen Patienten bestand beiderseits Exophthalmus, Abducenslähmung, Dilatation der Hautvenen am Vorderkopfe, Schwellung der Schläfengegend beiderseits; Stauungspapille. Beide Trommelfelle stark vorgewölbt, linker Warzenfortsatz druckempfindlich. Die sofort vorgenommene Paracentese förderte aus beiden Paukenhöhlen reichlichen Eiter zu Tage. Mit Wahrscheinlichkeit wurde mit Rücksicht auf das Zusammentreffen von Exophthalmus, Stauungspapille, Schwellung der Stirnvenen und Abducenslähmung die Diagnose auf otitische Thrombophlebitis beider Sinus cavernosi gestellt. Am 7. October links Wiederholung der Paracentese; am folgenden Tage wurde, da die Schmerzen nicht nachliessen und Fieber eintrat, der stets druckempfindliche linke Warzenfortsatz aufgemeisselt und dabei die abnorm tief stehende mittlere Schädelgrube eröffnet. Es zeigte sich eine starke Füllung der Duravenen. In Folge asphyctischer Erscheinungen musste die Operation vor der Erreichung des Antrum und ohne die beabsichtigte Sinusfreilegung unterbrochen werden. In den folgenden 4 Wochen änderte sich in den objectiven Erscheinungen nichts, nur das Wundsecret wurde vorübergehend foetid. Am 13. November kam es ohne Temperaturerhöhung zu Steigerung der Schmerzen, häufigem Aufschreien, Apathie und Unruhe, am 14. wurde Nackensteifigkeit beobachtet, nach wenigen Stunden trat der Tod ein.

Die Section ergab, dass kein Sinus phlebitisch erkrankt war; wohl aber fand man beide Sinus transversi in ihren den Schläfenbeinen anliegenden Theilen durch grau gefärbte Tumoren, die von der Sinuswand ausgingen, fast vollständig verstopft. Aehnliche Tumormassen waren, von der Schädelbasis ausgehend, in die Schläfenbeine, die Augenhöhlen und Temporalmuskeln hineingewuchert. Die Diagnose lautete auf Chlorom.

Morf (20) hat bei einem an acuter Otitis erkrankt gewesenen 56 Jahre alten Manne einen von etwa 4 cm dicken Weichtheilen bedeckten subperiostalen Abscess am Warzenfortsatze incidirt und im Anschlusse an diese Operation den äusserlich intacten Processus mastoideus selbst eröffnet. Erst in einer Tiefe von 2 cm wird in dem elfenbeinharten Knochen eine hanfkorngrosse Höhle gefunden, durch welche die Sonde in die Paukenhöhle gelangt. Eiter ist nicht vorhanden. Etwa 5 Wochen nach der Operation, welche eine wesentliche Erleichterung der vorher äusserst heftigen Schmerzen herbeigeführt hatte, stellte sich Erbrechen mit Pulsbeschleunigung ein. Verf. constatirte rechts Hyperämie der Sehnervenpapille, nach wenigen Tagen ausgesprochene Neuritis optica, dann Lähmungserscheinungen im linken Facialgebiete und den linken Extremitäten. Die vorgeschlagene Operation wird abgelehnt. Bald darauf Exitus.

Die Section ergab, dass die Durchbruchstelle des primären Eiterherdes in die Schädelhöhle $2^1/_2$ cm hinter dem Knie des rechten Sinus transversus lag und durch eine feine Fistel mit einer vereinzelten hanfkorngrossen Zelle im Warzenfortsatze nach aussen und hinten von dem eröffneten kleinen Antrum communicirte. Ein unter einem Winkel von 40—45° zur Horizontalebene der Dorsalfläche des Balkens geführter Schnitt eröffnet 2 Hirnabscesse. Der eine kleinere liegt 2—3 mm unter der Hirnoberfläche, nach aussen von theilweise erweichter Rindenschicht (III. und II. Occipitalwindung) begrenzt und communicirt durch einen kleinen Defect der inneren Wand und eine 1 cm lange Fistel mit dem zweiten grösseren Abscess, welcher reichlich 2 Esslöffel Eiter enthält und über dem Hinterhorn des Seitenventrikels liegt.

Politzer (21) beschreibt einen Fall von Recidiv einer nach Scharlachdiphtherie entstandenen Mittelohreiterung mit fast vollständiger Zerstörung des Trommelfelles. Am 6. Tage der Erkrankung musste der Warzenfortsatz eröffnet, 2 Tage später, weil das Fieber anhielt, der normal aussehende Sinus freigelegt werden. Das aus diesem entnommene Blut zeigte Streptococcen. Nach der zweiten Operation stellten sich tägliche Schüttelfröste mit dem characteristischen Abfall der Temperatur unter die Norm und bald darauf erfolgendem Ansteigen bis 40° ein. Gleichzeitig entwickelte sich eine schmerzhafte Strangbildung an der rechten Jugularvene. Am 22. Tage der Erkrankung entstand eine eiterige Metastase im linken Ellenbogengelenke, worauf bald die Temperatur normal wurde. 4 Wochen später konnte Pat. mit einer durch die Metastase bedingten Ellbogenankylose geheilt das Bett verlassen. Eiteriger Ausfluss aus dem Ohre stellt sich noch zeitweise ein. Nach Verf.'s Beobachtungen zeigen die mit Metastasen einhergehenden otitischen Pyämien einen günstigeren Verlauf als die nicht mit Metastasen complicirten.

In einem von Abbe (22) an einem $2^{1}/_{2}$jährigen Kinde beobachteten Falle von chronischer Mittelohreiterung trat eine copiöse Blutung aus dem erkrankten Ohre ein. Verf. eröffnete den sich als gesund erweisenden Warzenfortsatz und legte, in der Meinung, dass es sich um eine Erosion des Sinus lateralis gehandelt habe, den letzteren bloss. Es zeigte sich nirgends ein cariöser Herd. Als Verf. aber vom Gehörgange her die Paukenhöhle sondirte, stiess er auf blossliegenden Knochen, und sofort stürzte eine dunkle Blutwelle hervor. 4 Tage später wagte Verf. eine abermalige Operation. Er unterband zuerst die Jugularvene und untersuchte den Inhalt des Sinus durch eine Probeaspiration; hierauf Querincision und Tamponade des Sinus. 36 Stunden nachher starb das Kind an Erschöpfung. Die Section ergab, dass ein Occipito-parietalabscess vorlegen hatte und die Carotis durch einen septischen Thrombus verlegt war. Ein Theil der Schnecke war necrotisch, ein kleiner Sequester war in Berührung mit einer Erosion am Knie der Carotis.

Körner (23) stellt fest, dass nach der allgemeinen Annahme als Symptome der Erkrankung des Sinus cavernosus Exophthalmus, stärkere Füllung der Stirnvenen, Neuritis nervi optici und Augenmuskellähmungen gelten müssen und dass die entzündliche Verstopfung eines anderen Sinus niemals eine der genannten Erscheinungen, von Stauungen im Augenhintergrunde abgesehen, hervorruft. Die Behauptung von Hessler in seinem Buche über otogene Pyaemie, dass die Augenmuskellähmungen nicht characteristisch für Thrombophlebitis des Sinus cavernosus seien, sei durch keine einzige einwandfreie Beobachtung erwiesen.

Gruber (24) hat 40073 Sectionsprotocolle auf das Vorkommen von otitischen intracraniellen Erkrankungen durchsucht; 1806 Leichen (1242 männliche, 564 weibliche), d. i. 4,5 pCt., wiesen als Todesursache intracranielle entzündliche Affectionen auf; otitischen Ursprunges waren diese Complicationen bei 232 Leichen (163 männlichen und 69 weiblichen) = 12,8 pCt. Die Mehrzahl der Verstorbenen stand im Alter von der Pubertätszeit bis zum 50. Lebensjahre. Die Ohrerkrankung hatte bestanden rechterseits 118 mal = 50,87 pCt., linkerseits 103 mal = 44,39 pCt., beiderseits 6 mal = 2,59 pCt. Caries bestand 107 mal = 72 pCt. In 42 Fällen bestand Sinusthrombose ohne Caries, in 106 Fällen solche mit Caries. 24 mal war der Sinus sigmoideus ohne Caries, 73 mal mit Caries erkrankt. Ohne Sinusthrombose fanden sich bei nichtcariösen Fällen 31 mal = 13 pCt. Meningitis, 19 mal = 8,2 pCt. Hirnabscess, 1 mal = 0,4 pCt. Kleinhirnabscess; mit Sinusthrombose Meningitis 12 mal = 5,5 pCt., Kleinhirnabscess 2 mal = 0,8 pCt. In den mit Caries complicirten Fällen ohne Sinusthrombose lag vor Meningitis 40 mal = 17 pCt., Hirnabscess 13 mal = 5,6 pCt., Kleinhirnabscess 12 mal = 5,5 pCt.; mit Sinusthrombose Meningitis 21 mal = 9 pCt., Hirnabscess 7 mal = 3 pCt., Kleinhirnabscess 4 mal = 1,6 pCt., Meningitis mit Cholesteatom 8 mal = 3,2 pCt. Von den ohne Caries, aber mit Sinusthrombose behaftet Gewesenen gingen 16 = 6,8 pCt., von den mit Caries und Sinusthrombose behaftet Gewesenen 32 = 13 pCt. an Pyaemie zu Grunde.

In dem Falle von Woodward (25) bestand bei einem 14jährigen Knaben chronische Mittelohreiterung mit Fistelbildung am Warzenfortsatze, welche die Eröffnung des Antrum erforderlich machte. Eiter wurde daselbst nicht gefunden, und binnen 4 Tagen starb der Patient. Die Autopsie ergab eiterige Pachymeningitis in der Umgebung des inneren Gehörganges, Caries des Felsenbeines, der linke Seitenlappen des Cerebellums war vollständig in eine Abscesshöhle umgewandelt.

Politzer (27) hat in 53 Fällen die Mittelohrräume freigelegt, in 13 von diesen Fällen nach erfolgloser einfacher Aufmeisselung nach Schwartze. In 8 Fällen war der Warzenfortsatz schmerzhaft ohne äussere Schwellung, in 12 Fällen mit Schwellung. 11 mal fand sich ein subperiostaler Abscess am Warzenfortsatze, dabei 7 mal mit Fistelbildung in der Corticalis. Offene Fistel mit spontanem Durchbruch bestand am Warzenfortsatze 8 mal, im Gehörgang 5 mal. Hyperostotische Verengerung des Ohrcanals war 7 mal nachweisbar. 6 Fälle zeigten vor der Operation Facialislähmung, darunter 3 Fälle von Tuberculose. In nahezu der Hälfte der Fälle fanden sich cholesteatomatöse Massen, 14 mal dicht unter der Corticalis. In 3 Fällen fehlte die hintere-obere Gehörgangswand vollständig. 5 mal bestand Sclerose des Proc. mastoideus. 4 mal war der Sinus transversus, 5 mal die Dura blossliegend.

Die typische Aufmeisselung empfiehlt Verf. bei verhältnissmässig grosser Hörweite, welche bei der Radicaloperation geschädigt werden kann.

Facialparese entstand bei der Operation einmal, sie war von kurzer Dauer.

Als plastisches Verfahren zog P. die Längsspaltung des Gehörganges und Annähung des einen Lappens nach oben, des anderen nach unten vor. Mehrmals wurde die Körner'sche und Thiersch'sche Plastik mit gutem Erfolge verwendet. Bei grossen Cholesteatomhöhlen liess Verf. die Oeffnung im Warzenfortsatze persistent. Die Ausheilung nahm meist Monate in Anspruch; im Allgemeinen hält Verf. die Angaben verschiedener Operateure über die Heilresultate für zu optimistisch. Letaler Ausgang wurde 6 mal beobachtet.

Bei der von Schwartze (28) behandelten 22 jähr., seit 8 Jahren mit rechtsseitiger Ohreiterung behafteten Frau bestand seit 7 Wochen Erbrechen (2 Tage anhaltend), dann Schmerz im Hinterkopf, kein Fieber; unsicherer Gang mit Taumeln nach links, Erweiterung der rechten Pupille bei träger Reaction, aber normalem ophthalmoscopischem Befunde, Steigerung der Patellarreflexe. Das rechte Trommelfell zeigte einen grossen Defect der hinteren Hälfte. Die Section ergab einen wallnussgrossen Abscess in der rechten Kleinhirnhemisphäre, circumscripte Leptomeningitis und Pachymeningitis interna, chronische, alte Endocarditis deformans.

Leutert (29) ist der Ansicht, dass otitische Pyämie durch Thrombose der Knochenvenen ohne Betheiligung des Sinus nicht zu Stande komme; seiner Meinung

nach ist der Thrombus in den Fällen, in welchen der Sinus anscheinend frei war, nicht gefunden worden; vorhanden sei ein solcher stets gewesen. Die Knochenvenen müssten sich bei Thrombenbildung bald so vollkommen verstopfen, dass von ihnen aus nur ganz geringe Mengen von Toxinen in's Blut übergehen könnten. „Ueber mehrere Tage anhaltendes, im Verlaufe einer acuten Eiterung nach Ablauf des acuten Stadiums bei freiem Eiterabfluss aus der Paukenhöhle, ganz besonders aber im Verlauf einer chronischen Mittelohreiterung ohne acute Exacerbation der Entzündung und stärkere Eiterretention in der Paukenhöhle bestehendes hohes Fieber ist so gut wie ausnahmslos der Ausdruck der vorhandenen Sinusaffection.“ „Besteht hohes Fieber mit oder ohne Schüttelfrost, oder tritt im Verlauf einer chronischen Eiterung, auch wenn die Erkrankung des Warzenfortsatzes nicht auffällig ist, ohne andere erkennbare Ursachen über mehrere Tage anhaltendes Fieber oder gar Schüttelfrost auf, so muss die Operation schon beim ersten Eingriffe sich auf die breite Eröffnung des Sinus erstrecken.“ Letztere hält Verf. für ungefährlich, zumal die Furcht, einen supponirten gutartigen Thrombus durch einen Eingriff am Sinus zu inficiren, gänzlich unbegründet sei.

Verf. veröffentlicht gleichzeitig 11 Fälle von Sinuserkrankungen aus der Hallenser Klinik. 6 davon sind operirt worden, von denen 3 geheilt wurden, 3 gestorben. 3 wurden nur am Warzenfortsatze operirt, nicht operirt wurden 2. 8 mal war die rechte Seite befallen: sämmtliche vor der Operation ophthalmoscopisch untersuchten Fälle wiesen keinerlei Veränderungen von Belang am Augenhintergrunde auf. Obturirend waren die Thromben in 6 Fällen.

Der Fall von Sinusthrombose, welchen Hoffmann (30) beschreibt, hatte folgenden Verlauf. 40jähr. Frau war im Anschluss an Influenza vor Wochen an acuter Mittelohrentzündung erkrankt, welche zugleich die Nebenräume betraf. Da anfangs ein tieferer Eingriff verweigert wurde, musste mehrmals das Trommelfell gespalten werden, worauf immer nach kurzer Zeit heftige Beschwerden auftraten, weil die Trommelfellöffnung sich immer wieder sehr schnell verkleinerte. Locale Applicationen von Eis und Blutegeln vermochten gleichfalls nicht Abhülfe zu schaffen, so dass sich schliesslich die Kranke zur Operation entschloss. Eröffnung des Warzenfortsatzes, dessen ausgedehnte Hohlräume mit Eiter gefüllt waren. Der krankhafte Process erstreckte sich hinten oben bis an den Sinus; bei der Entfernung einiger Granulationen aus der hinteren-oberen Ecke des Operationsgebietes trat eine Blutung aus dem Sinus ein.

Nach der Operation steigerten sich die Kopfschmerzen mehr und mehr, auch zeigten sich weitere cerebrale Symptome: Verminderung der Pulsfrequenz, Schwindel, Erbrechen, Somnolenz, Delirien, Neuritis optica, Faciallähmung der entgegengesetzten Seite. Die Kranke litt an hartnäckiger Obstipation. Da im weiteren Verlaufe die Jugularvene als Strang fühlbar war, wurde 3 Wochen nach der ersten Operation ein weiterer Eingriff nothwendig. Dieser erwies den Sinus transversus in seinem absteigenden Theil, seinem Knie und auch in seinem horizontalen Verlaufe durch einen obturirenden Thrombus verschlossen, nach unten setzte sich der letztere in die Vena jugularis fort. Einstiche in's Gehirn ergaben negativen Befund. Da auch Oedem beider Augenlider und Stauungspapille beobachtet wurden, war anzunehmen, dass auch der Sinus cavernosus von der Thrombose ergriffen war. Heilung binnen 5 Wochen. Die Entstehung der Thrombose führt Verf. auf die bei der ersten Operation gesetzte Verletzung des Sinus zurück.

Kuhn (31) beschreibt 1. einen Fall von acuter eiteriger Mittelohrentzündung bei einem 23 Jahre alten Manne, welcher zunächst antiphlogistisch, dann mit Paracentese behandelt wurde und bei welchem sich schon bald nach der Erkrankung Schwindel eingestellt hatte. Etwa 1/4 Jahr nach der ersten Aufnahme trat hohes Fieber, grosse Unruhe, verwirrtes Sprechen ein, dann aphasische Störungen, Worttaubheit und Nachklingen, auch Paraphasie. Da ein otitischer Abscess im linken Schläfenlappen angenommen wurde, schritt Verf. am 29. Mai zur Operation vom Warzenfortsatze aus. Mehrere in verschiedenen Richtungen vorgenommene Probepunctionen hatten kein Ergebniss, auch nach kreuzförmiger Spaltung der Hirnhäute und tiefer Punction mit dem Messer fand sich kein Eiter. Am Tage nach der Operation Exitus. Die Section ergab eine intensive eiterige Meningitis, aber keine Abscessbildung. Die Entzündung hatte sich vom Mittelohre einerseits nach dem Warzenfortsatze, andererseits nach dem hinteren Abschnitte der Pyramide fortgepflanzt.

2. Bei der an einem 15 Jahre alten Mädchen vom Verf. vorgenommenen Cholesteatomoperation, bei welcher die Blutung eine auffallend geringe war, trat plötzlich Cyanose bei stark erweiterten Pupillen, Aufhören der Herz- und Respirationsthätigkeit ein; trotz 3/4 Stunden lang fortgesetzten Wiederbelebungsversuchen war die Kranke todt. Während Verf. als Todesursache die Narcose betrachtete, ergab die Section, dass eine Luftembolie im rechten Ventrikel vom Sinus sigmoideus aus stattgefunden hatte.

Grunert (32) veröffentlicht einen Fall von operirtem Hirnabscess mit Ausgang in Heilung. Der 23 Jahre alte Patient litt an chronischer Eiterung des rechten Ohres mit Cholesteatombildung. Stacke'sche Operation; bald danach führten andauernder Kopfschmerz, Somnolenz, wechselnde Stimmung, Vergesslichkeit, Incontinentia urinae, Obstipation, Appetitlosigkeit, Abmagerung zu der Annahme einer raumbeschränkenden intracraniellen Affection. Als sich schliesslich deutliche Hemiparese und Hemianaesthesie der linken Seite einstellte, gewann die Diagnose auf einen Schläfenlappenabscess an Wahrscheinlichkeit, und die Operation (Trepanation auf den Schläfenlappen) bestätigte diese Annahme.

Die Heilung bezog sich nicht nur auf den etwa 30 ccm Eiter enthaltenden Hirnabscess, sondern auch auf die ursächliche Ohrerkrankung.

Poulsen (33) hat unter 14580 Sectionsberichten des Communehospitales in Kopenhagen 48 Fälle (0,3 pCt.) gefunden, bei denen der Tod durch eine otitische Cerebralaffection bedingt worden war. Unter Zuziehung von Fällen aus der eigenen Praxis kann Verf. über 53 Fälle von otitischen intracraniellen Processen berichten. 1. Hirnabscesse. 17 Fälle, 12 Temporallappen-, 5 Cerebellarabscesse, von ersteren 8 rechts, 4 links, von letzteren 3 rechts, 2 links. In 5 Fällen wurde operirt, 3 mal mit glücklichem Erfolge, stets mit Resection des Warzenfortsatzes. 2. Sinusthrombosen. 17 Fälle, Sinus transversus links 9 Fälle, rechts 7 Fälle, Sinus petrosus sup. et infer. 1 Fall. In 6 Fällen wurde operirt, stets ohne Unterbindung der Jugularis; nur 1 Fall wurde gerettet. 3. Meningitis. 18 Fälle, 9 mal Ohrenleiden rechts, 9 mal links, einmal beiderseits. In einem Falle wurde mit vorübergehendem Erfolge operirt. In 11 Fällen war eine Verbindung zwischen dem Ohrenleiden und der Meningitis nicht nachweisbar, 3 mal ging die Infection durch das Tegmen tympani, 2 mal fand sich die grösste Eiteransammlung in der Fossa sigmoidea, 3 mal war die Infection vielleicht den Nerv. acusticus entlang gegangen.

[Heiman (34) berichtet ausführlich über die 21 Monate umfassende Leidens- und Martergeschichte eines mit eiteriger Otitis media behafteten Mannes, bei welchem sich Symptome eines schweren Hirnleidens eingestellt hatten. Patient hat eine zweimalige Trepanation der Schädelhöhle (wobei jedoch kein Abscess gefunden wurde), eine Trepanation des Warzenfortsatzes, eine zweimalige energische antiluetische Cur durchgemacht und von jeder dieser Behandlungsarten merkwürdiger Weise eine vorübergehende Besserung erzielt. Eine rapid fortschreitende Lungentuberculose hat ihn von seinen schier die menschlichen Kräfte übersteigenden Qualen erlöst.

Die Section ergab einen Abscess im rechten Kleinhirne. **Trzebicky** (Krakau).]

Augenkrankheiten

bearbeitet von

Prof. Dr. O. EVERSBUSCH in Erlangen.*)

I. Allgemeines.

1) Achun, Beiträge zur Frage über die gegenwärtigen oculistischen Verhältnisse in Russland. Wratsch. No. 1—2. — 2) Adelheim, K. L., Ueber die Nothwendigkeit gesetzlich vorgeschriebener Maassregeln zur Vorbeugung von Blindheit bei einigen Professionen. Moskau. — 3) Albertotti, Ricerche interni agli occhiali. Lettre ed Arti di Modena. 3. Guigno. — 4) Albrand, Walter (Berlin), Bericht über 295 Staaroperationen der Schöler'schen Augenklinik in Berlin. Arch. f. Augenheilk. Bd. XXXIII. Heft 1 u. 2. S. 71. — 5) Andersch, Hermann, Einige Fälle Basedow'scher Krankheit. Dissert. Kiel. — 6) Andogsky, N., Zur Frage über die Infectionsgefahr verschiedener Augenoperationen und über die Bedingungen des Ueberganges der Eiterung aus dem vorderen Theile des Augapfels in die tiefliegenden Augenhäute. Arch. f. Augenheilk. Bd. XXXIII. S. 11. — 7) Bach, L., Antisepsis oder Asepsis bei Bulbus-Operationen? Vergleichende bacteriologische Studie. Ebendas. Bd. XXXIII. S. 1. — 8) Derselbe, Bacterien des Auges. Abdr. a. d. Bibl. med. Wiss. I. Augenkrankheiten. — 9) Bachmann, Die drei Cardinalmittel der Heilkunst Hufelands. — 10) Bishop, Stanmore, The eye as a joint. Lancet. Febr. 8. p. 350. — 11) Bock, Emil, Fünfter Bericht über die Abtheilung für Augenkranke im Landesspital zu Laibach vom 1. Januar bis 31. Decbr. 1895. — 12) Bouvin, Jaarsverslag der Inrichting voor Ooglyders te s' Gravenhage over 1895. — 13) Breslau, 30. und 31. Jahresbericht über die Wirksamkeit der Wolffberg'schen Augenklinik. 1894—1895. — 14) Brooklyn Eye and Ear Hospital. 27. Jahresbericht. (9328 Augenkranke, 1223 Operationen, darunter 27 Extractionen mit, 12 ohne Iridectomie.) — 15) Bruns, Zwei Jahre meiner Augenklinik im Süden der Vereinigten Staaten mit besonderer Berücksichtigung der Augenerkrankungen bei Negern. Amer. Journ. of Ophthalm. No. 7. — 16) Cazalis, C. A., Streptothrix Försteri symbiosé avec un micrococcus rencontré dans la sécrétion de la conjonctivite granuleuse pseudotuberculose expérimentale. Nouv. Montpellier. 17. — 17) Ophthalmic Hospital in Cincinnati. Bericht für das Jahr 1895. (2286 Fälle, 372 Operationen, 12 einfache, 8 mit Iridectomie verbundene Extractionen.) — 18) Cohn, H., Die Sehleistungen der Helgoländer und der auf Helgoland stationirten Mannschaften der Kaiserlichen Marine. D. med. Wochenschr. No. 43. S. 698. — 19) Czermak, Die augenärztlichen Operationen. Heft 8. 9. 10. Wien. — 20) Dazenko, A., Die Bedeutung der mobilen augenärztlichen Colonnen, die operative augenärztliche Hülfe im Gouvernement Poltawa und Maassregeln zur Verbesserung derselben in den Landschaften. Wratsch. No. 8. — 21) Dürr, Bericht über die ophthalmologische Thätigkeit in dem

*) Unter Mitwirkung der Herren DDr. Hubrich und Rabus.

Jahre 1895. Hannover. — 22) Dufour, A., L'ophthalmologie et ses progrès depuis cinquante ans. Lausanne. — 23) Esmarch, Hygienisches Taschenbuch. — 24) Faber, Jaarsverslag der Haag'schen Poliklinik over 1895. — 25) Gerber, P. H., Die Beziehungen der Nase und ihrer Nebenräume zum übrigen Organismus. Acad. Antrittsvorlesung. Berlin. — 26) Goldzieher, W., Hermann Helmholtz. Wien. — 27) Greeff, Richard, Augenärztliche Unterrichtstafeln. Herausg. von Prof. Magnus. Heft X. Der Bau der menschlichen Retina. Breslau. — 28) Derselbe, Augenerkrankungen bei Menstruation und bei Menstruationsstörungen. Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gyn. — 29) Derselbe, Eine historische Ausstellung von Augenspiegeln auf der Gewerbe-Ausstellung. Kl. Monatsbl. f. Augenheilk. Juli. — 30) Groenouw, Arthur, Anleitung zur Berechnung der Erwerbsfähigkeit bei Sehstörungen. Wiesbaden. — 31) Grünwald, Ludwig, Die Lehre von den Naseneiterungen. München. — 32) Guaita, Dr. Giovanni Rosmini. Ann. di Ottalm. Bd. XXV. 2—3. p. 316. — 33) Gunning, Jaarverslag der Inrichting voor Ooglyders te Amsterdam over 1895. (Poliklinisch 10541 Patienten, stationär 344. 238 Operationen, darunter 45 Staroperationen, 49 Strabotomien, 51 Iridectomien, 21 Enucleationen. 4,08 pCt. der Patienten litten an Trachom, davon trafen 0,45 pCt. auf Christen, 16,7 pCt. auf Juden.) — 34) de Haas, Jaarverslag der Vereeniging to het verleenen vom hulp von minvermogende Ooglyders voor Zuid Holland to Rotterdam over 1895. (Ambulatorisch 4928 Patienten, stationär 249, 62 Staroperationen und 67 Nachstaroperationen.) — 35) Herzfeld, J., Die Eiterungen der Nebenhöhlen der Nase. Samml. klin. Vortr. No. 163. — 36) Hoche, A., Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse. Samml. zwangl. Abh. a. d. Geb. d. Nerv.- u. Geisteskrh. 1. Bd. H. 1. — 37) Hoor, K., Beiträge zur Augenheilkunde. 4 klinische Mittheilungen. Wien. med. Wochenschr. No. 34 u. 35. — 38) Hösslin, R., Neuropathologische Mittheilungen. Münch. med. Wochenschrift. — 39) Jann, Arzneitherapie der Gegenwart. Stuttgart. — 40) Iwanowsky, A., Aus der augenärztlichen Landschaftspraxis. Wjestn. opht. No. 4—5. — 41) Kraisky, Bericht über die Augenoperationen in den Jahren 1890 bis 95. Ibid. No. 3. — 42) Krause, Die Neuralgie des Trigeminus. Leipzig. — 43) Krückmann, E., Ueber Fremdkörpertuberculose und Fremdkörperriesenzellen. Sep.-Abdr. a. Virch. Arch. f. path. Anat. u. Phys. u. f. klin. Med. 138. Bd. Suppl. 1895. — 44) Leber, Th., Der gegenwärtige Stand unserer Kenntnisse vom Flüssigkeitswechsel des Auges. Ergebn. d. Anat. u. Entwickl. von Merkel und Bonnet. VII. S. 143. — 45) Lesshaft-Görlitz, Bericht über die Wirksamkeit seiner Augenklinik in den Jahren 1886—95. Görlitz. — 46) Mohr, M., Ueber den Zusammenhang der Augenerkrankungen mit Hautleiden. Gyógyászat. No. 35. — 47) Morton, A case of Hyoscin poisoning following instillation. — 48) Neese, E. N., Die Augenheilanstalt des Herrn und der Frau Popow. (1881—84 und 1886 bis 94.) 13 Jahre Hospitalthätigkeit. Kiew. — 49) New-York Ophthalmic and Aural Institute. 26. Jahresbericht f. d. Jahr 1895. (8055 No. 671 Operationen, darunter 144 Starextractionen. 17 Fälle betrafen harte Stare mit Iridectomie, davon 1 Misserfolg, und 89 Fälle ohne Iridectomie, davon 1 Misserfolg.) — 50) Nicolai, Over het waarnemen der diepteafmeting in verband met het zien van schilderyen. Nederlandsche Oogheelkundige Bydragen. 2. Afl. — 51) Nicoljukin, J., Bericht über eine achtjährige Praxis auf dem Lande. Wjestn. opht. No. 4—5. (3000—4500 Augenkranke. 700 Staroperationen, 229 Iridectomien, 285 Lidoperationen.) — 52) Manhattan eye and ear hospital. 29. Jahresber. f. d. Jahr 1895. (12412 Augenkranke. Einschliesslich der kleineren wurden 1511 Operationen ausgeführt, darunter 67 einfache, 18 modificirte Starextractionen.) — 53) Massachussets charitable eye and ear infirmary. 70. Jahresbericht für das Jahr 1895. (14204 Augenkranke, Operationen einschliesslich der kleineren 1599.) — 54) v. Moll, Jaarverslag der Inrichting voor Ooglyders te Rotterdam over 1895. (Ambulatorisch 2489 Patienten, stationär 155. 177 Operationen, darunter 42 Cataractoperationen.) — 55) Oker-Blom, Beitrag zur Feststellung einer physikalisch-chemischen Grundlage der electro-medicamentösen Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der Jodsalzlösungen. Cuopio. — 56) Ostwaldt, M. F., Pourquoi ne voit-on par les mouvements de ses propres yeux dans une glace? Rev. scientif. No. 15. — 57) Pergens, Ed., L'ophthalmologie d'Ambroise Paré. Ann. d'ocul. T. CXVI. p. 81. — 58) Derselbe, La numération rationelle des verres teintés en oculistique. Journ. méd. de Bruxelles. No. 32. — 59) Rudin, B., Augenkrankheiten und Blindheit. Resultate einer Gesammtuntersuchung im Kreise Mologa des Gouvernements von Jaroslav und im Lande der Don'schen Kosaken. Eine medico-statistische und anthropometrische Untersuchung. Dissert. St. Petersburg. 1895. — 60) Sameh, La statistique de la clinique ophthalmologique nationale de Kolowan et la conjonctivite pseudomembraneuse en Egypte. Rec. d'ophtalm. p. 157. — 61) Schenkl, Bericht über das Augenambulatorium des poliklinischen Instituts der K. K. deutschen Universität in Prag für das Jahr 1894. Prag. med. Wochenschr. No. 24. (4140 Patienten, 2094 Conjunctivalerkrankungen und von diesen 1002 Conjunctivitis follicularis. 12 Fälle von Glaucom, 50 Cataract, 303 Refractions- und 93 Accommodationsanomalien.) — 62) Schiess-Gemuseus, Augenheilanstalt in Basel. XXXII. Jahresbericht vom 1. Januar bis 31. December 1895. Basel. — 63) Schleich, G., Das Sehvermögen der höheren Thiere. Acad. Antrittsrede. — 64) Snellen, Jaarverslag rauhet Nederlandsch Gasthuis voor Ooglyders te Utrecht over 1895. (Ambulatorische Kranke 5497, stationäre 640. 81 Staroperationen, 16 Linearextractionen, 114 Discissionen, 95 Iridectomien, 5 Capsulotomien und Iridotomien, 51 Sclerotomien, 78 Tenotomien, 45 Enucleationen.) — 65) Steiner, L., Uebersicht über 3104 Fälle von Augenkrankheiten bei Malayen. Geneesk. Tijdschr. vor Nederl. Ind. Bd. XXXVI. p. 32. — 66) Stephenson, An outerbreak of ophthalmia in a pour-law school. The Brit. med. Journ. 11. July. — 67) Stocker, F., Die Augen der Schüler und Schülerinnen der Stadtschulen von Luzern. Jahresbericht üb. d. Primar- u. Secundarschulen der Stadt Luzern. 1895—96. — 68) Sticker, Ueber die diagnostische Verwerthung der Form und Vertheilung der Sensibilitätsstörungen. Münch. med. Wchschr. No. 9. — 69) Truc et Valude, Nouveaux éléments d'ophthalmologie. Paris. — 70) Truc, H., Assistance, éducation et instruction des aveugles. Nouv. Montp. méd. p. 741. — 71) Derselbe, Hygiène des maladies oculaires. Ibidem. p. 761. — 72) de Vincentiis, In memoria del Dott. Tailor. Lavori dell. clin. oc. dell. R. Università di Napoli. Bd. IV. 3. p. 272. — 73) Vossius, A., Zur Diagnose und Begutachtung von veralteten Unfallverletzungen des Auges durch Stahlsplitter. Aerztl. Sachverst.-Ztg. Jahrg. II. No. 7. S. 145. — 74) Vurpas, Cl. et H. Eggli, Quelques recherches psychologiques sur le sens de la vue chez deux enfants opérés de cataracte double congénitale. Annal. med. psych. Ser. 8. — 75) Westhoff, Jaarverslag der afdeeling Oogziekten vor Kostelooze Amsterdam'sche Poliklinik over 1895. (1436 Augenkranke, 268 Trachome. 13 Staroperationen, 6 Iridectomien, 2 Enucleationen, 25 Tenotomien und 12 Lidoperationen.) — 76) Widmark, Johan, Serafimerlasarettets ögonklinik Rapport för år 1895. Stockholm.

In dem ersten Falle von Andersch (5) war der Exophthalmus einseitig, 2 Fälle waren durch schwere

Hornhauterkrankungen complicirt und im 3. Falle fehlte die Struma.

Bach (7) giebt bei Operationen der Asepsis den Vorzug vor der Antisepsis und meint, dass Infectionsgefahr nach der Staaroperation kaum noch vorhanden bezw. bei derselben sicher zu vermeiden ist.

Bei Bruns (15) participiren bei Augenerkrankungen die Neger mit 27,4 pCt. und zwar mit Erkrankungen des Thränenapparates, der Bindehaut, Hornhaut Lederhaut, Linse, der Sehnerven und der Netzhaut. Bei Glaucom, Entzündungen der Iris und des Ciliarkörpers, bei Erkrankungen der Chorioidea, Hornhautgeschwüren, Leukomen, Pterygium, Chalazion, Trachom mit weniger als 6 pCt.; bei Bindehautcatarrh und Conjunctivitis phlyctänularis beträgt das Verhältniss nahe an 40 pCt.

Unter den von Cohn (18) untersuchten 100 Helgoländern hatten unternormale Schleistung 9 pCt., normale 5 pCt., übernormale 86 pCt. Von diesen 56 pCt. zwischen einfacher und doppelter S. und zwischen zwei- und dreifacher S. sogar 30 pCt.

Unter 97 Mann der deutschen Marine (hauptsächlich der Marine-Artillerie) besassen nur 6 pCt. unternormale, 2 pCt. normale, aber 92 pCt. übernormale Sehschärfe, und zwar 10 pCt.: $^{8}/_{6}$—$^{9}/_{6}$, 36 pCt.: $^{10}/_{6}$ bis doppelte, 35 pCt.: $^{13}/_{6}$—$^{15}/_{6}$, 7 pCt.: $^{16}/_{6}$ bis dreifache Sehschärfe, einer sogar noch mehr als dreifache Sehschärfe.

Hösslin (38) heilte einen Fall von Myoclonie in dem auch die Lidmusculatur in mässigem Grade betroffen ward, durch Bäder und Arsenik.

Derselbe (38) beobachtete in einem Fall von Tumor der Epiphyse ausser Diabetes insipidus isolirte Lähmung der Recti sup. und obliq. superiores, sowie des Sphincter pupillae.

Unter den 8 Fällen von Anthrax an den Lidern von Iwanowsky (40) endeten 3 letal.

Kraisky (41) berichtet über 259 grössere Operationen, darunter 100 Extractionen und 68 Operationen an den Lidern.

Morton (47) sah einen Fall von Atropinvergiftung nach Installition mit 4 stündiger Bewusstlosigkeit und Delirium.

Nach Pergens (57) haben die von Ambroise Paré angewendeten Instrumente und die von ihm gebrauchten Termini technici im Laufe der Zeit ihre Bedeutung geändert, so dass es nöthig ist, beim Studium älterer Werke die Bedeutung der Kunstausdrücke der betreffenden Periode genau zu kennen.

Nach Steiner (65) entfallen mehr als 30 pCt. der Augenkrankheiten auf Trachom und seine Folgezustände. Das Pterygium ist häufiger als in Europa, viel häufiger das Pseudopterygium, sehr selten dagegen sind die phlyctänulären Affectionen.

II. Diagnose.

1) Antonelli, Il fenomeni schiascopici (ombra falcata lineare) e la mia miopio acquisita dovuti a sclerosi senile dell cristallino ed a cataratta iniziale. Ann. di Ott. XXV. 2—3. p. 291. — 2) Derselbe, Microscopie objective à l'aide de la skiaskopie. Ann. d' oc. T. CXV. p. 459. — 3) Baas, Die semiotische Bedeutung der Pupillenstörungen. Samml. zwangl. Abhandl. — 4) Burchardt, Ueber den Nachweis vorgetäuschter Schwachsichtigkeit. Aerztl. Sachverst. Zeitg. — 5) Busevi, Contributo allo studio delle termometria et stetoskopia oculare. Ann. di Ottalm. — 6) Bayer, A., Beitrag zur Diagnostik des otitischen Hirnabscesses. Dissert. Erlangen. — 7) Bull, Optometrie subjective. Arch. d. ophth. T. XVI. 4. — 8) Casey, A. Wood, Color measurement, and its application in medicine and the arts. Med. March. — 9) Derselbe, Is there a Rampoldi's sign? Med. January. — 10) Chase, W. E., Ein Instrument zum Studium des Farbenscotoms. N. Y. Eye and Ear Inf. Rep. January. — 11) Dunn, Eine neue Untersuchungsmethode für die Hornhaut. Ophth. Rec. Febr. — 12) Ellis, F. W., The Javal ophthalmometer and the methods of testing its accuracy. Boston med. and surg. journ. Vol. CXXXV. No. 2. p. 39. — 13) Elschnig, Die Functions-Prüfung des Auges für Studirende und Aerzte. Wien. — 14) Frenkel, H., Sur la réaction paradoxale de la pupille. Lyon méd. Juin 7. No. 24. — 15) Guadenzi, Di un nuovo apparecchio par l'esame dell' equilibrio moscolare degli occhi. Ann. di ottal. XXV. 2—3. — 16) Guaita, Metoda per misurare la visione cromatica e la sensibilità luminosa. Ibidem. XXIV. 6. p. 555. — 17) Henry, The light perceptive power as an aid to diagnosis and prognosis in diseases of the eye. Ophth. Rev. — 18) Hirschberg, J., Ueber die neugebildeten Blutgefässe der Hornhaut und ihre diagnostische Bedeutung. Deutsche med. Wochenschr. No. 38. p. 604. — 19) Jackson, Der Spiegel für Skiaskopie. Am. Journ. of ophth. — 20) Jeferies, Color testing. (Boston society for medical improvement.) Bost. med. and surg. journ. January. p. 18. — 21) Lucciola, Guida all' esame funzionale dell' occhio. Torino. — 22) Makay, Eye sight and the public services. Trans. oph. S. U. V. Vol. XV. — 23) Oliver, Ch. A., A brief note upon a perfected series of test words intended for the determination and estimation of the power of accomodation. Arch. of Ophth. XXV. p. 217. — 24) Pflüger, Sehproben und Sehprüfung. — 25) Polignani, Luigi, Il perimetro fotodettrico e le sue applicazioni in oftalmiatria. Napoli. — 26) De Santi, De l'examen rapide de la vision le conseil de revision. Ann. d'ocul. CXVI. p. 20. — 27) Schanz, Die Bedeutung des sogenannten Xerose-Bacillus bei der Diagnose der Diphtherie. Berl. klin. Wochenschr. — 28) Scher, Einige Worte über die Skiascopie in der Militärpraxis. Wjester Ophth. 3. — 29) Schwarz, Otto, Die Functionsprüfung des Auges und ihre Verwerthung für die allgemeine Diagnostik. (Erster Theil.) Leipzig. — 29a) Segal, Ueber die sichtbaren Regenbogenringe des gesunden und kranken Auges. Wjestn. Ophth. No. 3. — 30) Siemerling, Ueber Veränderungen der Pupillen-Reaction bei Geisteskranken. Berl. klin. Wochenschr. No. 14. — 31) Spronck, C. H. H., Ueber die vermeintlichen „schwachvirulenten Diphtheriebacillen" des Conjunctivalsackes und die Differenzirung derselben von dem echten Diphtheriebacillus mittelst des Behring'schen Heilserums. Deutsch. med. Wochschr. No. 36. S. 571. — 32) Sticker, G., Ueber die diagnostische Verwerthung der Form und Vertheilung der Sensibilitätsstörungen. Münch. med. Wochenschr. No. 9. — 33) Uhthoff, Beitrag zur Keratoscopie. Ein halbbogenförmiges Streifen-Keratoscop. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Juli. — 34) Wecker, L. et J. Masselon, La strabométrie et l'urgence de son emploi. Ann. d'ocul. Nov. — 35) Werndly, Bewegbare Optotypen. Nederland. Oogheelk. Byd. — 36) Wilbrand, H., Ueber die Gesichtsfeldmessung am Dunkelperimeter. Monatsschr. f. Psych. u. Neurolog. — 37) Willets, Das prismatische Perimeter. Ann. of Ophth. and otol. Juli. — 38) Wolffberg, De la valeur diagnostique des examens fonctionels des yeux. Ann. d'ocul. T. CXV.

— 39) Würdemann, H. V., Skiascopy (th Shadowtest) in the determination of the ocular refraction. Reprint. fr. internat. clinics. Vol. I. 6. series.

Uhthoff's (33) Streifen-Keratoscop besteht aus einem Halbkreis mit parallelen weissen und schwarzen Streifen, der um seine Axe drehbar ist.

Antonelli (1) fand bei Skiascopie eines Falles von beginnender Cataract verbunden mit Sclerose der Linse und Myopie in Folge davon einen eigenthümlichen sichelförmigen Schatten am Pupillarrand.

Nach Demselben (2) ist die positive Aberration bei den Myopen stärker als bei den Hypermetropen. Die Untersuchung geschah mittels Skiascopie einer linearen Lichtquelle.

Burchardt (4) giebt die verschiedenen Methoden der Entlarvung von Simulanten hält und an für das beste und sicherste das Stereoscop, auch soll man vor Zeugen den Nachweis liefern.

Für die Skiascopie empfiehlt Jakson (19) einen Spiegel von 38 mm Durchmesser mit einem nicht über 2 mm grossen Schloch; für manche Zwecke lässt sich der Spiegel mit einem Deckel mit einer Oeffnung von 10 mm versehen.

Nach Makay (22) ist Prüfung der Sehschärfe ohne Refractionsbestimmung nicht für gut oder befriedigend anzusehen.

Werndly's (35) Sehproben sind auf einem Band ohne Ende befestigt, das über eine Trommel läuft, getrieben von einem Uhrwerk, es ist immer nur eine Zeile auf einmal sichtbar.

Pflüger's (24) für Decimalsystem eingerichtete Sehproben bieten eine grössere Abstufung als die bisher gebräuchlichen, sind für die Alphabeten und Analphabeten gleich brauchbar und sind zur Prüfung ohne und mit Spiegel zu verwenden. Sie enthalten eine Sternfigur für Astigmatismus und eignen sich um das 10 fache verkleinert zur Naheprüfung, namentlich für corrigirte und uncorrigirte Myopie.

Oliver (23) hat seine Sehproben für die Accommodationsprüfung verbessert. Das Grundprincip sind Snellen Proben, es wechseln Worte aus horizontalen und verticalen Strichen ab mit runden, so dass Astigmatismus leicht erkannt wird. Die Buchstabengruppen sind ohne Zusammenhang, so dass Auswendiglernen unmöglich ist.

Willets (37) construirte einen prismatischen Perimeter, in dem eine kreisförmige Figur von 6 Punkten auf einmal erscheint; das Fehlen eines solchen Punktes zeigt einen Gesichtsdefect an.

Chase (10) perimetrit. Farbenscotome auf einem Bogen mit der dem Scotom entsprechenden Farbe mittels kleiner weisser Marke.

Guaita (16) prüft Farben und Lichtsinn mittelst rotirender Scheiben mit einlegbaren farbigen Sectoren.

Bei Honry's (17) Photometer ist die Lichtquelle constant und wird durch verschieden opake Scheiben verändert. Die frühen und mittleren Lebensalter haben die grösste Perceptionskraft, die mit dem Alter abnimmt. Bei Erkrankungen, die die Retina afficiren durch Druck, oder Intoxication oder andere Umstände ist die L. P. K. meist herabgesetzt.

Segal (29a) bespricht die Bedingungen des Sehens von Regenbogenringen. Nach ihm sieht auch das gesunde Auge um eine Lichtflamme einen Regenbogenkreis, der nur schwach ausgesprochen ist und bei starker Beleuchtung und hellem Hintergrund ganz verschwindet. Verf. erklärt die Bildung des Farbenkreises durch Diffraction des Lichtes am Pupillarrande. Bei enger Pupille ist der Farbenring ausgesprochener und grösser als bei weiter. Bei Conjunctivalcatarrh entstehen die mehrfachen Farbenringe durch Diffraction des Lichtes an den auf der Hornhaut haftenden Schleimpartikelchen. Bei manchen Hornhauttrübungen, bei manchen beginnenden Linsentrübungen und Trübungen des Kammerwassers und des Glaskörpers können verschiedenartige Farbenringe auftreten. Die beim Glaucom sichtbaren Farbenringe sind nach S. durch den operirten Einfluss der Trübungen bedingt.

Nach Sticker (32) kann man bei Sensibilitätsstörung der Haut analog denen der Netzhaut auf die befallenen Nervenbündel und Centren schliessen.

Aus Spronk's (31) Versuchen geht hervor, dass das antidiphtherische Heilserum auch für die differentialdiagnostische Unterscheidung des Diphtheriebacillus von den schwach virulenten Xerosebacillen verwerthbar ist. Denn diese Bacillen mögen morphologisch und culturell dem Diphtheriebacillus noch so nahe stehen, sie mögen bei Meerschweinchen Krankheitserscheinungen veranlassen, die diejenigen ähnlich sind, welche der künstlich abgeschwächte Diphtheriebacillus verursacht, nach dem negativen Ausfall des Controllversuches mit antidiphtherischem Serum kann nicht daran gezweifelt werden, dass es sich nicht um Diphtheriebacillen handelt, sondern um Bacillen, welche einer oder mehreren anderen Bacterienarten angehören.

Guadenzi (15) prüft das musculäre Gleichgewicht durch omnielles Unterbrechen des Doppeltsehens mittels einer rotirenden Scheibe.

Nach Busevi (5) steigern Lichteinwirkung, Massage und entzündliche Vorgänge die Temperatur des Auges. Durch die Auscultation sind die Muskelgeräusche der geraden Augenmuskeln von denen der schiefen zu unterscheiden.

Dunn (11) bringt behufs Feststellungen von Trübungen und Fremdkörpern in der Hornhaut das Auge des Untersuchers am äussern Canthus bis auf 1 Zoll an das zu untersuchende Auge heran, bis es die von der hintern Linsenfläche reflectirten Strahlen auffängt.

Nach Hirschberg (18) verläuft die durch Lues bedingte diffuse Hornhautentzündung immer mit neugebildeten Blutgefässen, die niemals wieder vollständig schwinden. Die Untersuchung mit der Lupe zeigt, dass die neugebildeten Blutgefässe in keinem Falle vermisst werden. Ja, die Blutgefäss-Sprossung leitet den Entzündungsprocess ein, sie ist offenbar das bestimmende und kennzeichnende für diese auf Lues beruhende Spät-Entzündung. Die diffuse Hornhautentzündung beginnt stets an einem Theile des Randes. Ebenso findet man das nach tieferen Hornhautgeschwüren zurückbleibende

Narbengewebe ganz und gar durchsetzt von Blutgefässen, deren Hauptstämme bis zum Hornhautrande und darüber hinaus bis zu den vordern Bindehautgefässen oberhalb der Lederhaut sich verfolgen lassen.

III. Pathologische Anatomie und Missbildungen.

1) Achenbach, C., Ein Fall von orbitalem Melanosarcom, ausgehend vom episcleralen Gewebe hinter dem Bulbus. (Aus der Universitäts-Augenklinik zu Marburg.) Virchow's Arch. f. pathol. Anatom. u. Physiol. u. klin. Med. 143. Bd. — 2) Alt, Ein Fall von Rhabdomyom der Augenlider. — 3) Antonelli, Lipome plat. diffus et symetrique des paupières. Ann. d'ocul. CXV. 455. — 4) Axenfeld, Th., A. E. Fick und W. Uhthoff, Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie. Ergebnisse der allgem. Pathol. und pathol. Anatom. des Menschen und der Thiere. II. Aufl. Herausgegeben von Lubarsch und Ostertag. Wiesbaden. — 5) Bach, L., Anatomischer Beitrag zur Genese der angeborenen Colobome des Bulbus. Arch. f. Augenheilk. Bd. XXXII. 4. S. 277. — 6) Barabacheff, Cas se rapportant à la casuistique des taches congénitales de la cornée. La Clinique Ophthalm. Octobre. — 7) Bauer, H., Ueber die Ursache der veränderten Zusammensetzung des Humor aqueus nach Entleerung der vorderen Augenkammer. A. v. Graefe's Archiv f. Ophth. Bd. XLII. 3. S. 193. — 8) Becker, Ein Fall von Pemphigus conjunctivae. Diss. Jena. — 9) Bergmeister, Otto, Ein Fall von durch Iridectomie geheiltem Hydrophthalmus congenitus. Wien. klin. Wochenschr. No. 18. — 10) Blaschko, Die Lepra im Kreise Memel. Berl. klin. Wochenschr. No. 20. — 11) Cabannes, Sur un cas de microphthalmie congénitale. Gaz. hebd. des sciences médicales de Bordeaux. No. 5. p. 55. — 12) Derselbe, Sur l'embryogénie des anomalies congénitales des points et canalicules lacrymaux. Arch. d'Ophthalm. XVI. No. 7. — 13) Cartwright, Posterior lental opacity, ranains of hyaloid artery and coloboma lentis. Brit. med. Journ. No. 1846. p. 1204. — 14) Coppez, H., Un cas de tuberculose cutanée et oculaire sans manifestations viscerales. — 15) Dickez, John L. (Wheding, W. V.), A cataractous family. New York med. Journ. No. 6. (No. 897.) p. 181. — 16) Dor, L., Epithélioma Meibomien du cartilage tarse de la paupière superieure. — 17) Ewetzky, Th., Sclerom der Lidbindehaut. Beitr. z. Augenheilk. XXII. Heft. S. 57. — 18) Franke, Ein Fall von Dacryops. Arch. f. Ophthalmologie. — 19) Friedenwald, H., On movements of the eyelids associated with movements of the jaws and with lateral movements of the eyeballs. John Hopkins' Hospital bulletin. No. 64. p. 134. — 20) Gallenga, Del Fibroma corneale ed in ispecie del Fibroma da licatrice. Arch. di Ottalm. — 21) Ginsberg, Ueber die angeborenen Colobome des Augapfels. Centralbl. f. pract. Augenheilk. S. 225. — 22) Goldzieher, W., Ueber einen Fall eines doppelseitigen angeborenen Lidcolobomes. Ebendas. Dec. — 23) Golovine, Deplacement des glandes lacrymales. Arch. d'ophth. — 24) Greeff, Der Bau und das Wesen des Glioma retinae. D. med. Wochenschr. No. 21. — 24) v. Grosz, Adenocarcinoma glandularum Meibom. Sczmeczet. — 26) Haring, Wilhelm, Beitrag zur Kenntniss der pathologischen Anatomie des Pyramidalstars mit Hornhautadhärenz. (Aus der Augenklinik zu Jena.) Diss. Jena. — 27) Hartridge, G., Cysts in the anterior chamber. Lancet. Sept. 26. p. 880. — 28) Hess, C., Pathologisch-anatomische Studie über einige seltene angeborene Missbildungen des Auges (Orbitalcyste, Linsencolobom und Schichtstar, Lenticonus). Graefe's Arch. f. Opthalm. Bd. XLII. 3. S. 249. — 29) Ischreyd, Zur pathologischen Anatomie der polypoiden Tumoren der Conjunctiva. Arch. f. Augenkeilk. Bd. 32. S. 57. — 30) Knaggs, F. H., A case of sarcoma of the orbit; recurrence fifteen months after removal. — 31) Königshöfer (Stuttgart), Die Tuberculose des Auges. Med. Corr.-Bl. des Württemb. ärztl. Landesv. Bd. LXVI. No. 24. S. 185. No. 25. S. 193. — 31a) Krückmann, Fremdkörpertuberculose und Fremdkörperriesenzellen. — 32) Lafosse, V., Bilateral Anophthalmus and Epicanthus in a child, where mother presented a congenital absence of the right eyeball. Arch. of Ophth. Vol. XXV. p. 49. — 33) Leonowa, O. v. (Zürich), Beiträge zur Kenntniss der secundären Veränderungen der primären optischen Centren und Bahnen in Fällen von congenitaler Anophthalmie und Bulbusatrophie bei neugeborenen Kindern. S.-Abdr. a. d. Arch. f. Psych. Bd. XXVIII. Heft 1. — 34) Linde, M., Ueber Blutresorption aus dem Auge. Centralbl. f. pract. Augenheilk. S. 193. — 35) Lubarsch, O. und R. Ostertag, Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Menschen und der Thiere. II. Auge. Wiesbaden. — 36) Mannhardt, Fr., Coloboma chorioideae. Aus d. Jahrbüchern d. Hamburger Staatskrankenanstalten. Bd. IV. Jahrg. 1893/94. — 37) Meyer, L., Zwei Fälle von Microphthalmus. Centralbl. f. pract. Augenheilk. S. 237. — 38) Moll, Alfred, Glaskörperarterie, Pupillarmembran und subconjunctivales erweitertes Venennetz an demselben Auge. Ebendas. XX. Jahrg. März. S. 75. — 39) Muetze, Zur Kenntniss des Molluscum contagiosum. Arch. f. Augenheilk. — 40) Ogneff, J. (Moskau), Einige Bemerkungen über die Wirkung des electrischen Bogenlichtes auf die Gewebe des Auges. Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. 63. — 41) Papanikoláu, Beitrag zur Kenntniss der Augenaffectionen bei Diabetes mellitus. Dissert. Göttingen. — 42) Peters, A., Ueber das Verhältniss der Xerosebacillen zu den Diphtheriebacillen nebst Bemerkungen über die Conjunctivitis crouposa. Sep.-Abdr. a. d. Sitzungsber. d. niederrhein. Gesellsch. f. Natur- u. Heilk. — 43) Pick, Beiträge zu den Thränendrüsentumoren. Centralbl. f. pract. Augenheilk. — 44) Polignani, Luigi, Noduli di Melanosarcoma metastatici nei muscoli estrinseci dell'occhio. Instituto di Anatomia Patologica dell'Ospedale degl' Incurabili. — 45) Derselbe, Angioma cavernoso bilobare dell'orbita. Reparto oftalmico ed instituto anatomo-patologico dell'ospidale degli incurabili. Napoli. — 46) Regnault et Bourneville, Lésion orbitaire à la suite d'atrophie du globe oculaire. Société d'anat. de Paris. Juni. — 47) Ridley, Brooke, Orbital tumour: thirty years' growth; history of injury. Brit. med. Journ. — 48) Rivington, W., Pulsating Exophthalmos. Lancet. Juni 6. p. 1559. — 49) Rollet, E., Etiologie des ostéites de l'orbite. Lyon méd. 8. Mars. — 50) Salzer (München), Ein Fall von Molluscum contagiosum an den Augenlidern. Münch. med. Wochenschr. — 51) Schirmer, Otto, Die postdiphtheritischen Erkrankungen des Auges. Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Augenheilk. I. Bd. Heft 4. — 52) Schmidgall, Hermann, Beitrag zur Casuistik der congenitalen Lid-Anomalien. Epicanthus internus congenitus bilateralis cum blepharoptosi. Diss. Erlangen. — 53) Schweinitz, G. E. de, Experimentelle Salicylsäure-Amblyopie. Trans. Amer. Ophthalm. Soc. 1895. — 54) Derselbe, Histological examination of the eyes from a case of pernicious anämia. Reprinted from Amer. Ophthalm. Society Transactions. — 55) Trantas, Double point lacrymal congenital avec canalicule simple. Rec. d'ophth. No. 2. — 56) Van Duyse et de Bersaques, Tumeur sacro-coccygienne congénitale avec vésicule oculaire rudimentaire. Ann. de la soc. belge de chirurgie. 6.—15. October. 1895. — 57) Wadsworth, Ein Adenom der Meibom'schen Drüsen. Trans. Amer. ophth. Soc. — 58) Wintersteiner, H., Lidrandcysten. Arch. f. Augenheilk. Bd. 33. Ergänzungsheft. S. 114. — 59) Zeitz, Eduard.

Ueber die entzündungserregende Wirkung silberner Hohlkugeln bei jahrelangem Verweilen im Scleralraum nach Exenteratio bulbi. Diss. Jena.

Nach Krückmann (31 a) können als Fremdkörper nicht nur von aussen kommende, sondern auch aus den Gewebsbestandtheilen des Körpers hervorgegangene Substanzen wirken. Das Auftreten von Riesenzellen und Fremdkörpertuberkeln ist ein verhältnissmässig häufiges Ereigniss, das zu diagnostischen Irrthümern (Verwechslung mit ächter Tuberculose) Anlass geben kann. In allen Fällen zweifelhafter Tuberculose muss daher zunächst durch genaueste Untersuchung das Vorhandensein von Fremdkörpertuberculose ausgeschlossen werden. Die Riesenzellen besitzen gewisse auflössende und verdauende Fähigkeiten. Sie entstehen sowohl aus einer, wie aus mehreren Zellen. Eine Entstehung aus Bindegewebs-, Epithel- und Endothelzellen ist mit Sicherheit zu constatiren; dagegen ist eine Entstehung aus Leucocyten und Wanderzellen nicht näher nachgewiesen. Die Riesenzellen besitzen aller Wahrscheinlichkeit nach phagocytäre Eigenschaften. Das Auftreten von Riesenzellen in manchen Geschwulstarten (z. B. Sarcomen) kann zuweilen auch auf Fremdkörperwirkung zurückgeführt werden.

Nach Königshöfer (31) sind die tuberculösen Erkrankungen des Auges in dreierlei Erscheinungen einzutheilen: Tuberkelbildung mit ihren Consequenzen an den einzelnen Theilen des Auges; Erkrankungen des Auges auf tuberculöser Basis ohne nachweisbare Knötchenbildung; Functionsstörungen am Auge, hervorgerufen durch tuberculöse Erkrankungen anderer Organe.

Nach Muetze (39) ist dass Molluscum contag. des Lides resp. Lidrandes nicht selten die Ursache von Conjunctivalcatarrh. Es ist ohne Zweifel übertragbar. Die Molluscumkörperchen sind als Zerfallsproducte der durch das Contagium verursachten eigenthümlichen Degeneration der Epithelzellen zu betrachten. Die Degeneration beginnt im Protoplasma der Zelle selbst und nicht im Zellkern.

Salzer's (50) Fall ist von Interesse, weil dabei der Zusammenhang der Erkrankung mit einer bei Hühnern und Tauben vorkommenden bösartigen Infectionskrankheit, dem Epithelioma contagiosum im höchsten Grade durch die Anamnese wahrscheinlich gemacht wird.

Pick (43) beobachtete einen Fall von doppelseitigem Tumor der Thränendrüse, die pathol.-anat. als Granulationsgeschwülste mit Uebergang in Bindegewebe aufzufassen waren, wahrscheinlich tuberculösen Ursprungs, möglicher Weise als chronisch hyperplastische Entzündungsvorgänge mit Untergang des Drüsengewebes.

Bei einem 2. Fall lautete die Diagnose Adenosarcom der Thränendrüse.

Nach Ogneff (40) wirkt eine kurz dauernde Einwirkung des elektrischen Bogenlichts von grosser Intensität und besonderem Reichthume an violetten und ultravioletten Strahlen als directer Reiz auf Kerne der Epithelzellen und fixen Zellen der Hornhaut; eine caryomitotische Zellvermehrung stellt sich als unmittelbare Folge der Beleuchtung ein.

Eine längere Einwirkung hat zur Folge eine Necrose der Zellen, wobei auch in erster Linie die Zellkerne getroffen werden. In den fixen Hornhautzellen geht der Necrose eine amitotische Kernvermehrung voran. Verschiedene Gewebe und Bestandtheile des Auges reagiren verschieden auf die Lichteinwirkung, am schwächsten äussert sich dieselbe an der Retina. Die Linse und der Glaskörper bleiben gänzlich unbetroffen.

Bei Alt's (2) Fall stellte sich der ein Chalazion vortäuschende Lidtumor bei der histologischen Untersuchung als Rhabdomyom dar.

Nach Ewetzky (17) kann das Sclerom auch auf der Schleimhaut der Lider sich entwickeln, was bis jetzt noch nicht bekannt gewesen ist. Ob aber in seinen Fällen das Bindehautsclerom eine selbständige oder aber eine secundäre Erscheinung darstellte, kann man nicht sagen: das Fehlen diesbezüglicher Daten spricht noch nicht für eine primäre Affection der Bindehaut, weil diesem Umstande seiner Zeit nicht die nöthige Aufmerksamkeit zugewandt worden war; überdies konnte eine Affection der Nasenhöhle auch leicht der Beobachtung entgangen sein. Das klinische Bild erinnert lebhaft an eine Amyloid- und Hyalinentartung der Bindehaut. Der Process führt zu einer fibrösen Entartung, wodurch das Lid seinen normalen Umfang wiedergewinnt und die Bindehaut eine weitverbreitete narbige Degeneration aufweist. Bemerkenswerth ist es, dass die Hornhaut dabei nicht leidet und die Stellung des Lidrandes sich nicht ändert im Gegensatz zu dem Trachom.

Franke (18) fand in seinem Falle als Ursache narbigen Verschluss des conjunctivalen Endes eines Thränenausführungsganges.

Wadsworth (57) operirte bei einem 18jährigen Mann einen Tumor, der histologisch ein Adeno-Cystom war. Der Defect am Lid wurde durch seitliche Lappen gedeckt.

Wintersteiner (58) betrachtet die beschriebenen Cysten als Erweiterungen im Bereiche des Ausführungsganges einer Moll'schen beziehungsweise Meibom'schen Drüse, beziehungsweise als Ectasien des secernirenden Drüsenschlauches.

In Ischreyd's (29) Falle lag vor eine teleangiectatische Mischgeschwulst mit ausgiebiger Neubildung von festem Bindegewebe und von Epithel mit secundären hyalinen und schleimigen Metamorphosen.

In Haring's Fall (26) bestand die Pyramide ausser der von der Linsenkapsel überzogenen Prominenz aus neugebildeten Massen theils bindegewebiger, theils glashäutiger Beschaffenheit, die nach seiner Meinung in ihrer Entstehung mit der Linse sicher nichts zu thun haben. In der Mitte des Stranges fand sich Bindegewebe, in der Peripherie eine dicke, glashäutige Auflagerung. Das Bindegewebe rührt von der Hornhaut her. Hornhautkörperchen und Bindegewebszellen, welche die Narbe bildeten, gaben zu dieser Wucherung Anlass. Sogar Gefässe erstrecken sich aus der Hornhaut in den bindegewebigen Strang.

Das von Moll (38) beobachtete erweiterte subconjunctivale Venennetz am nasalen Theil des Bulbus war sofort nach der Geburt angedeutet vorhanden, vergrösserte sich später nach Keuchhusten bis zu seiner jetzigen Ausdehnung. Ausserdem waren vorhanden Membrana pupillaris perseverans und eine Arteria hyaloidea persistens. Man sah deutlich einen aus einem Ast einer Arterie ausgehenden Bogen, der in leicht gewundenem Verlaufe ca. 3 mm weit nach vorn ging, schlingenförmig umbog und sich in ein Gefäss fortsetzte, das sich um das erste wand, um dann auf der Papille unter einer Vene zu verschwinden.

In Regnault und Bourneville's (46) Fall betrifft die in Folge des Verlustes eines Auges entstandene Wachsthumshemmung der Augenhöhle hauptsächlich den transversalen Durchmesser. Es handelt sich um den Schädel eines Idioten, der in früher Kindheit an Phthisis des rechten Auges litt.

In Achenbach's (1) Fall handelt es sich um primäres orbitates Melanosarcom, das ausging vom episcleralen Gewebe an der Hinterfläche des Auges. Die Pigmentirung war hier höchstwahrscheinlich mit den schon normaler Weise am Eintritt der hinteren Ciliarnerven vorkommenden Pigmentzellen in Verbindung zu bringen.

In Lafosse's (32) Fall war der Nervus opticus als kelchartige, weisse Einziehung sichtbar und schien etwas Beweglichkeit zu besitzen. Am Canthus internus bezeichnete ein Häufchen weisser Drüschen die Carunkel. Die Mutter besass rechterseits einen angeborenen Anophthalmus bezw. es fand sich unter der Conjunctiva ein rudimentärer Bulbus.

Nach Ginsberg (21) steht die Augenspalte mit der Genese der Colobome in keinem inneren Zusammenhange. Es ist sehr wahrscheinlich, dass die primäre Störung in den mesodermalen Theilen liegt.

In Goldzieher's Fall (22) zeigte der gut entwickelte 9 monatliche weibliche Säugling am rechten oberen Augenlid einen fast regelmässigen rechteckigen Substanzverlust, der das mittlere Drittel des Lides einnahm. Am linken Auge war das Colobom durch eine grosse, sehnigweisse, pralle und härtlich anzufühlende, an der Oberfläche einige feine Härchen tragende Geschwulst ausgefüllt, die einerseits mit den Spalträndern und an ihrer Basis breit mit der Hornhaut verwachsen war. Die Geschwulst bestand aus Fettgewebe. Ausserdem fanden sich am rechten Tragus vier, einander ganz parallele, Molluscum-artige Hautauswüchse. Der linke Tragus ging in eine schiffschnabelartige, knorpelharte Verlängerung aus.

Nach Greeff (24) ist das Gliom eine Geschwulst, welche aus einer Gewebsmissbilung in der Retina hervorgeht, versprengt embryonalen Zellen. Es besteht im wesentlichen aus hyperplastisch gewucherten Gliazellen und einem aus deren Fortsätzen gebildeten Fasergewirr, ferner aus gebildeten und in Entwickelung begriffenen Ganglienzellen und Nervenfasern.

IV. Behandlung.

1) Aubinau, Essai sur l'application de la sérotherapie dans le traitement de la diphtherie conjonctivale. Thèse de Paris. — 2) Amblard, Des injections de formol dans le traitement des suppurations lacrymales. Thèse de Paris. — 4) Backer, Drei Fälle von Transplantation am Auge. Ann. d'ophth. and otol. — 5) Bates, Der Gebrauch des Extractes der suprarenalen Capsel im Auge. N. Y. Med. Journ. — 6) Berger, Sur l'emploi de l'eucaine en ophthalmologie. Soc. d. biol. Mai. — 7) Derselbe, Eucainum hydrochloricum in der Augenheilkunde. Revue de Therap. Med. Chirurg. — 8) Derselbe, Ueber Antisepsis und Asepsis. Verhandl. d. physical. med. Ges. in Würzburg. — 9) Derselbe, Ueber Antisepsis u. Asepsis bei Bulbus-Operationen, nebst einer Statistik über 229 an der Universitäts-Augenklinik zu Würzburg in den Jahren 1893/1895 bei aseptischem Verfahren ausgeführte Staroperationen. Ebendas. Bd. XXX. No. 4. — 10) Best, Eucain in der Augenheilkunde. Deutsch. med. Wochenschr. No. 36. S. 573. — 11) Bock, Die Anwendung tiefer Einspritzungen von Hydrargyrum salicylicum bei Augenkrankheiten. Allgem. Wien. med. Zeitg. — 12) Derselbe, Vorschlag zur Verwendung von X-Strahlen bei einigen Formen von Blindheit. Wien. med. Wochschr. — 13) Boucheron, Serum antistreptococcique préventivement à l'operation de la cataracte chez diabetiques. Soc. d. biol. 25. avil. — 14) Bourgeois, Traitement par l'éléctrolyse du staphylome cornéen on scléro-cornéen. Rec. d'ophth. XVIII. 4. p. 201. — 15) Derselbe, Cystectomie et capsulectomie. Rec. d'Ophth. No. 7. p. 406. — 16) Burnett, S. M., Der Gebrauch von Formalin in der Augenpraxis. Ophth. Rec. No. 3. — 17) Cazollo, La Resorcine en oculistique. Rec. d'ophth. — 18) Chalupcky, Subconjunctivale Injectionen. — 19) Cohn, Operative Heilung hoher Kurzsichtigkeit. Centralblatt für Kinderheilk. — 20) Crainiceau, Soll man die Granulationen gemässigt oder „heroisch“ behandeln. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. — 21) Czermak, W., Die augenärztlichen Operationen. Heft 8, 9 u. 10. Wien. — 22) Dahlfeld, Bilder für stereoscopische Uebungen. Stuttgart. — 23) Darier, Blepharoplastie par glissement. Annal. d'oc. CXV. p. 352. — 24) Deschampes, Une nouvelle pince crochet pour l'avancement musculaire. Ann. d'ocul. CXVI. p. 53. — 25) Dufour, Des Injections sous- conjonctivales de sublimé en therapeutique oculaire. — 26) Elschnig, Anton, Ueber die Discission. Wien. klin. Wochenschr. No. 53. S. 1253. — 27) Ewetzki, Ueber Augendiphtherie und deren Serumtherapie. Wratsch. 7—8. — 28) Falta, Hornhauttrübungen und Cornealmassage. Wien. med. Wochschr. No. 19. — 29) Förster, Zur Therapie des Schielens. Vortrag. — 30) Fournier, Valeur clinique de l'electrolyse dans le traitement des suppurations lacrymales. Thèse de Paris. — 31) Franke, Zur Pfropfung nach Thiersch in der Augenheilkunde. Centralbl. f. pract. Augenheilk. — 32) Fröhlich, Zur Behandlung der Thränensackleiden. Klin. Monatsbl. — 33) Fukala, Heilung höchstgradiger Kurzsichtigkeit. Wien. — 34) Galerowski, Modification à l'opération du strabisme. Ann. d'ocul. — 35) Geering, Ueb. den Einfluss subconjunctivaler Sublimat-Injectionen auf das Verhalten des vorderen Kammerwinkels. Dissert. Basel. — 36) Greff, Die Serumtherapie bei der Diphtherie des Auges und bei postdiphtherischen Augenmuskellähmungen. Deutsch. med. Wochenschr. — 37) Gutmann, Diphtherie-Heilserum und postdiphth. Accom.-Lähmungen. — 38) Hahnloser, Die Erfolge der Glaucombehandlung. A. d. Züricher Augenklinik. 1865 bis 1895. Dissert. Zürich. — 39) Harlau, Zwei Fälle von congenitalem Entropion beider oberen Lider mit Narbe des Tarsus. Transplantation eines Hautlappens in den Lidrand. Trans. Amer. Ophth. Soc. — 40)

Hayder, Beitrag zur Behandlung höästgradiger Myopie durch Aphakie. Dissert. Greifswald. — 41) Heilborn, Fr., Ueber eine neue Arbeitsbrille für hochgradige Myopen. Centralbl. f. pr. Augenheilk. XX. Jahrg. März. S. 77. — 42) Hertel, Die Anwendung der Serumtherapie bei Diphtherie des Auges und postdiphtheritischer Accomodationslähmung. Corresp.-Bl. des allgem. ärztl. Vereins von Thüringen. — 43) Hirschberg, J., Ueber Magnetoperationen (mit Krankenvorstellung). Sitz. der Berl. med. Gesellsch. vom 3. Juni. — 44) Hoor, K., Ein gelungener Versuch das Wiederanwachsen der Wundflächen nach Symblepharonoperation zu verhindern. Wien. med. Wochenschr. No. 35. — 45) Derselbe, Das Nosophen in der Augenheilkunde. Klin. Monats-Bl. f. Augenheilk. — 46) Derselbe, Die Verwenbarkeit des Aethylendiaminsilberphosphats in der ophtalmologischen Praxis. Ebendas. — 47) Derselbe, Zur Irrigationstherapie Dr. Kalt's bei der Behandlung eitriger Ophthalmien. Centralblatt für practische Augenheilkunde. — 48) Hosch, Zum Credéschen prophylactischen Verfahren. Jahresbericht d. allgem. Poliklinik des Canton Basel-Land. — 49) Hotz, Skizzirung der plast. Lidchirurgie. Ann. of ophth. and otol. — 50) Jaesche, Zur Trachombehandlung. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. — 51) Iwanow, Zur Operation des Narbenentropion der Lider. Wjest. ophth. No. 4—5. — 52) Kayser, Ueb. d. operat. Behandlg. d. hochgradigen Kurzsichtigkeit. Württemb. med. Corr.-Blatt. — 53) Lagrange, Valeur clinique de l'electrolyse dans le traitement des rétrecissements des voies lacrymales. Ann. d'ocul. CXV. p. 300. — 54) Leers, O., Die operative Behandlung hochgradiger Kurzsichtigkeit. Diss. Freiburg i. E. — 55) Lewkowitsch, H., Roentgen rays in ophthalmic surgery. Lancet. Aug. 15. p. 452. — 56) Lodato e Nota, Le iniezione ipodermiche di jodo metallico nella cheratite parenchymatosa. Arch. di Ottalm. III. 7—8. p. 243 u. Bull. d'oc. XVIII. 1. p. 5. — 57) Makenzie, Davidson, Formaldehyd in der Augenheilkunde. Brit. med. Journ. — 58) Mayo, Der relative Werth des Homatropins und Atropins als Pupillenerweiterer. Medic. News. Juni. — 59) Mellinger, Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung subconjunctival injicirter Kochsalzlösungen auf die Resorption in der vorderen Kammer und im Glaskörper. Arch. f. Augenheilk. — 60) Mosler, Zur Magnetextraction von Eisensplittern aus dem Auge. Dissert. Tübingen. — 61) Neuburger, Sigmund, Verbesserung der Sehschärfe durch Schwarzfärbung halbdurchsichtiger Hornhautflecke. Münch. med. Wochenschr. No. 16. — 62) Ohlemann, Augenärztliche Therapie für Aerzte und Studirende. Wiesbaden. — 63) Derselbe, Zur Behandlung der Blennorrhoea neonat. Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde. — 64) Oliver, Die Wirkungen von Scopolamin hydrobromic. Amer. Journ. med. Sciences. No. 9. — 65) Osco, Di una speziale azione della cocaina sulla funzione visiva. — 66) Pagnini, Metodi piu pratici per mantenere assettici i colliri. Ann. d. Ott. XXIV. — 67) Paterson, Traitement de l'epilepsie par la tenotomie des muscles oculaires. Ann. d'ocul. T. CXV. — 68) Pausier, Traité de l'électrotherapie oculaire. Paris. — 69) Pechto, De l'enucleation préventive avant l'operation sur l'oeil sain. Soc. française d'ophth. Ann. d'ocul. — 70) Pedrazzoli, 1. Cura rapida del tracoma. 2. Il formolo in chirurgia oculare. — 71) Pflüger, Enucleation und Exenteration (Evisceratio). Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. No. 1. — 72) Derselbe, De la correction opérative de la myopie forte. Ann. d'ocul. CXV. p. 445. — 73) Pietri, Du pansement oculaire pulverulent occlusif au coretinate de bismuth. — 74) Reuss, A. v., Die Electricität bei der Behandlung entzündlicher Augenkrankheiten. Beitr. z. Augenheilkunde. — 75) Reymond, Note sur l'emploi du stereoscope pour le retablissement de la vision binoculaire. Ann. d' ocul. T. CXVI. 441. — 76) Rothholz, Atropin und Eserin. Zeitschr. f. pract. Aerzte. — 77) Royman, Sur l'emploi des pensements secs et des topiques pulverulents secs dans le traitement des affections oculaires. Ann. d'ocul. T. CXV. p. 193. — 78) Sachsalber, A., Beitrag zur Therapie des Ulcus serpens. Beitr. z. Augenheilk. Heft XXII. S. 85. — 79) Schoeler, Sclero-Iridectomie. Kl. M. S. 403. — 80) Schultz, Heinrich, Ueber die Behandlung der Hypopyon-Keratitis. Dissert. Jena. — 81) Schultes, Ueber Magnetoperationen am Auge. Diss. Kiel. — 82) v. Schütz-Holzhausen, Ueber Extraction eiserner Fremdkörper aus dem Innern des Auges mittels Electromagneten. Dissert. Strassburg. — 83) Sicherer, Otto v., Vergleichende Untersuchungen über verschiedene, mit Leucocytose verbundene, therapeutische Eingriffe bei dem Staphylococcengeschwür der Hornhaut. Arch. f. Augenheilk. Bd. 32. S. 219. — 84) Siklossy, Ueber die Blepharoplastik nach Fricke. Arch. f. Augenheilk. — 85) Silex, Lidbildung mit stiellosen Hautlappen. Klin. Monatsbl. f. Augenheilkde. Februar. — 86) Simi, Lo jodio metallico nella terapia oculare. Bull. d'ocul. XVIII. 3. p. 19. — 87) Snellen, N., De behandeling van Keratoconus. Nederland. Oogheelkund. Byd. I. p. 13. — 88) Stoeker, Beitrag zur Casuistik der Enucleatio bulbi panophthalmischer Augen. Ibidem. No. 1. — 89) Straub, Die Behandlung der Hornhautentzündung. Berl. Klinik. (Sammlung klinischer Vorträge.) — 90) Stoewer, Zur Operation des paralytischen Schielens. Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde. — 91) Straub, M., De behandeling der hoornobes outsteeking. Geneeskundige Blaaden. III. p. 3. — 92) Stroscheminsky, Formalin in der Augentherapie. Wratsch. II. — 93) Sucker, Ephidrenum hydrochloric. Ann. of ophth. and otol. Jan. — 94) Terson, Action thérapeutique de l'erysipèle facial sur divers affections oculaires. Ann. d'ocul. CXV. p. 358. — 95) Derselbe, Notes sur une nouvelle pince hémostatique pour les opérations palpébrales et une greffe à enucleation. Ann. d'ocul. CXV. p. 106. — 96) Tornatola, Sulle ferite dell' occhio per arma da fuoco. Arch. di Ottalm. Bd. III. 11—12. p. 350. — 97) Vacher, De l'extraction du cristallin transparent comme moyen prophylatique de la myopie très forte progressive et du décollement de la rétine. Ann. d'ocul. CXVI. p. 5. — 98) Vamassy, Ueber die Gefahren des Cocains und über Tropacocain als Ersatzmittel des Cocains. Therap. Monatshefte. — 99) Veasey, Subconjunctivale Einspritzungen von Kochsalz anstatt Sublimats bei verschiedenen Augenkrankheiten. Amer. Journ. of ophthalm. — 100) Vinci, Ueber ein neues locales Anaestheticum, das Eucain. Virchow's Archiv. — 101) Vollert, Ueber den Werth des Eucain in der Augenheilkunde. Münch. med. Wochenschrift. — 102) Walker, G., Mydriasis a necessity to accurate refraktion. Med. and surg. Rep. August 22. p. 230. — 103) de Wecker, Le pronostic de la tuberculose oculaire. Soc. franc. d'ophth. Ann. d'ocul. T. CXV. p. 450. — 104) Weill, Georges, Aiguilles lancettes pour les opérations de cataracte secondaire. Revue gén. d'ophtalm. No. 8. p. 338. — 105) Weiss, Transplantation brückenförmiger Bindehautlappen zur Deckung von ausgedehnten Hornhautdefecten mit Irisvorfall. Arch. f. Augenheilk. — 106) Wehrle, Die Behandlung der Hypopyon-Keratitis an der Basler ophthalmologischen Klinik. Dissert. Basel. — 107) Wolff, Zur Operation der Ptosis. — 108) Wolters, Ueber Entropion und Trichiasis-Operationen. Diss. Kiel. — 109) Woodward, Un compliment aux methodes ordinaires de traitement de l'épiphora. Annal. d'ocul. CXV. p. 107. — 110) Wüstefeld, Ueber die Verwendbarkeit des Eucain in der Augenheilkunde. Münch. med. Wochenschrift. — 111) Zapulla, Sull azione vasale dell' Atropina. Arch. di ottalmol.

Nach Hosch (48) genügt es, den Müttern und Hebammen strenge Reinlichkeit anzuempfehlen und die Augen der Neugeborenen mit Borlösung auszuwaschen.

Nach Vamassy (98) kann Tropacocaïn in der Augenheilkunde das Cocaïn vollständig ersetzen, viele unangenehme Wirkungen des Cocaïns fallen bei demselben weg.

Terson (94) sah in einem weit fortgeschrittenen Fall von Lepra der Conjunctiva Besserung durch ein Gesichtserysipel. Die Lider erlangten ihre frühere Form wieder und die Knoten der Conjunctiva waren vollständig verschwunden. $^{1}/_{2}$ Jahr später trat die Lepra erneut auf, aber nur auf einem Auge.

Snellen (87), der wenig Erfolg von Abschälen, Cauterisiren, Ausschneiden eines Keiles oder Sclerotomien bei Keratoconus sah, liess mit gutem Erfolge eine horizontale Spalte machen, die von der Peripherie bis ungefähr in der Mitte parallel breit, dann enger werdend und in eine scharfe Spitze endend, sich auf beiden Augen von links nach rechts verengt.

Simi (86) behandelt das Trachom mit Lösung von Jod in Vaselinöl, das jedoch bei einzelnen Kranken heftige Reizerscheinungen erzeugte.

Nach v. Reuss (74) eignet sich der electrische Strom zur Behandlung verschiedener entzündlicher Augenkrankheiten, der galvanische kürzt die Dauer der Krankheit namentlich bei Sclerose wesentlich ab, während der faradische bei allen Entzündungen die Schmerzen schnell und wesentlich mildert.

Nach Mellinger (59) resorbiren in die vordere Kammer injicirte Tuscheemulsionen sich unter dem Einfluss subconjunctivaler Kochsalzinjectionen 3—5 mal so rasch, als wenn sie sich selbst überlassen bleiben; in den Glaskörper injicirte Tuscheemulsionen unter dem Einfluss subconjunctivaler Kochsalzinjectionen rascher, als wenn sie sich selbst überlassen bleiben. Doch bedarf es 3—4 mal so viel Injectionen, um das gleiche Resultat wie in der vorderen Kammer zu erzielen. Um auf die Resorption in der vorderen Kammer beschleunigend einzuwirken, genügen Injectionen von 2proc. Kochsalzlösungen, während, um den Glaskörper sichtbar zu beeinflussen, mindestens 4proc. Lösungen angewandt werden müssen.

Nach Gutmann (37) hat Behring's Serum auf Accomodationslähmung keinen Einfluss, da die durch Toxine gesetzten anatomischen Veränderungen durch Antitoxine nicht wieder aufgehoben werden können.

Hertel (42) beobachtete bei Bindehaut-Diphtherie nach Injection von Serum bei localer Behandlung mit Sublimat ein schnelleres Abstossen der Membranen Accommodationslähmung schien sich nach Injectionen nur wenig zu verändern.

Greeff (36) berichtet über die Wirkung des Serums bei echter und Pseudodiphtherie des Auges, sowie über das Vorkommen und den Verlauf von Augenmuskellähmungen nach Diphtherie bei Seruminjectionen.

Nach Geering (35) rufen subconjunctionale Sublimatinjectionen ausser äusseren Veränderungen Entzündungserscheinungen im vorderen Kammerwinkel hervor, welche sich äussern in starker Leucocyteninfiltration im Kammerwinkel und Hinterlassung von Synechien zwischen Iris und Cornea, die den Kammerwinkel manchmal ganz verlegen; Glaucom wurde dabei nie beobachtet.

Franke (31) bildete bei einem Fall von totalem Symblepharon nach Kalkverbrennung, wobei die Cornea total eingeschmolzen war, nach Exenteratio bulbi aus äusserer Haut einen Oberlid-Conjunctivalsack mit gutem Erfolg.

Bei Pemphigus der Conjunctiva, der flügelfellartig auf die Cornea übergriff, erzielte derselbe Verf. (31) durch Abtragung dieses Stückes und Ueberpflanzung des Defectes mit äusserer Haut einen wenigstens zeitweisen Erfolg.

Falta (28) übt die Massage in folgender Weise aus: mit einer Hand massirt er das zu behandelnde Auge durch das obere Lid, mit der andern hält er das andere Auge geöffnet, indem er die Lider mit dem Daumen und Zeigefinger auseinander hält; bei Blepharospasmus benutzt er für das obere Lid den Lidhalter. So kann man, die Bewegungen des offenen Auges beobachtend, von der Stellung des massirten Auges Kenntniss nehmen.

Crainiceau (20) verwirft bei Trachom das Bürsten, Ausquetschen und Scarificiren der erkrankten Bindehaut; statt dessen wäscht er dieselbe mit einem in Sublimat (1 : 3000) getauchten Wattebausch. Der Galvanocauter ist bei trockenen Granulationen am Platze, Lapis bei eitriger Secretion. Grosse gestielte Granulationen entfernt er mit der Scheere.

Jaesche (50) hält das Ausquetschen der Trachomgranulationen für das sicherste und am raschesten wirkende Mittel, wenn daran noch eine medicamentöse Behandlung angeschlossen wird. Für das Ausquetschen giebt J. eine eigene Pincette an.

Nach Hoor (45) ist Nosophen ein guter Ersatz für Jodoform ev. auch für Calomel.

Hoor (47) findet an der Kalt'schen Irrigations-Therapie theils nichts Gutes, theils nichts Neues.

Nach Hoor (46) vereint Aethylendiaminsilberphosphat alle Vorzüge des Argentum nitricum in sich, ohne jedoch gleichzeitig auch seine Nachtheile zu besitzen.

Bei stärkerer Secretion darf das Mittel drei bis viermal und selbst öfter täglich angewendet werden. Cornealcomplicationen, Hornhautgeschwüre und Pannus contraindiciren den Gebrauch des Silberphosphats in keiner Weise.

Auch bei hyperämischer und entzündeter Regenbogenhaut und cyclitischen Reizungen wird es gut vertragen.

Nach v. Sicherer (83) beruht der günstige Einfluss, welchen subconjunctivale Injectionen, sowie die gelbe Salbe auf ulcerative Hornhautprocesse ausüben, im wesentlichen auf der durch diese Substanzen hervorgerufenen Leucocytose. Unter den zu subconjunctivalen Injectionen verwendeten Lösungen verdient die Kochsalzlösung (2 proc.) den Vorzug. Hinsichtlich der Einfachheit der Application, wie bezüglich des therapeutischen Erfolges ist der Occlusivverband mit gelber Quecksilbersalbe mit eventueller Combination mit Cauterisation den anderen Verfahren vorzuziehen.

Bates (5) fand, dass der Extract der suprarenalen

Kapsel des Schafes blutgefässcontrahirend wirkt, und sich bei Conjunctivaloperationen gut bewährt hat als blutstillendes Mittel.

Aubineau (1) berichtet über eine diphtheritische Conjunctivitis ohne Pseudomembranen. Die Affection gleicht der catarrhalen Conjunctivitis und erst die bacteriologische Untersuchung zeigte ihre wahre Natur.

Hoor (44) beseitigte Symblepharon durch Einlegen der Schalenhaut des Hühnerei's. Nachdem das Ei hart gekocht und ausgekühlt war, wurde die Haut abgezogen, zwischen Bulbus und Lid gebracht und täglich oder an jedem zweiten Tage durch eine frische ersetzt.

Nach Ewetzky (27) wirkt kein locales Mittel so energisch und bringt so rasch die diphtherische Affection zur Sistirung wie die Injection von Heilserum. Die Affection der Hornhaut hingegen muss wie eine gewöhnliche infectiöse Ulceration behandelt werden.

Harlau (39) operirte 2 Fälle von congenitalem Entropion der Oberlider nach Green und transplantirte auf den freigelegten Lidrand ein Hautstück. Der Erfolg war günstig.

Wolters (108) schildert die an der Kieler Klinik geübte Operation, bei welcher nach Durchtrennung der Knorpel das Lid über eine Gazerolle ektropionirt und temporär mit einer Hautfalte vernäht wird.

H. Wolff (107) giebt zwei neue Methoden der Ptosisoperation an, welche auf Vorlagerung des Musc. levat. palp. sup. beruhen mit Durchtrennung der Insertion.

Terson (95) bedient sich bei der Ptosisoperation einer Lidpincette, deren comprimirender Ring nach oben gefenstert ist. Er giebt einen Löffel an zur Fixirung und nach vorne Drängung des Bulbus bei der Enucleation.

Hotz (49) stellt hin als Grundprincipien der practischen Lidchirurgie:

Beseitigung der Deformität, Herstellung der Beweglichkeit. Schnittlinien müssen in der Richtung der Muskelbündel liegen. Narben dürfen nicht zurückbleiben, namentlich nicht solche, welche den Bulbus schädigen könnten. Es dürfen keine Entstellungen entstehen, durch welche eine zweite Operation unmöglich oder erschwert würde.

Silex (85) giebt bei der Lidbildung mit stiellosen Hautlappen den Vorzug der Transplantation verschieden grosser Stücke von Haut ohne Fett, da bei allen anderen gebräuchlichen Methoden zu bedeutende Schrumpfungen eintraten.

Siklosy (84) bevorzugt bei Blepharoplastik die Operationen mit gestieltem Lappen, sie geben die besten Resultate, und hält die Methode mit Verschiebung für besser als die Fricke'sche.

Iwanow (51) operirt das Entropion nach Snellen Hotz, wenn der Knorpel nicht zu stark gekrümmt ist, ist dies der Fall, so empfiehlt sich die Methode von Jäsche und Panas, letztere vom Verf. modificirt: 1. Canthotomie, 2. Spaltung des Knorpels und 3. der Haut etwas weiter oben; der Knorpel wird von der Conjunctivalfläche aus gespalten; 4. Ausschneidung einer Falte aus Haut und Muskelschicht; 5. Naht und zwar doppelt armirte Fäden, durch die obere Hautwunde und Muskeltheil tief durch den oberen Tarsalrand mit der Fascie, Ausstich oberhalb der Tarsalwunde, dann zwischen Musculatur und unterer Tarsalhälfte mit Ausstich zwischen den Wimpern.

Für das untere Lid ist die Snellen'sche Operation die beste.

Woodward (109) exstirpirt bei Epiphora die Carunkel und macht die Ausschneidung der hinteren Wand des unteren Thränenröhrchens.

Fröhlich (32) behandelt die Dacryocystoblennorrhoe mit Chlorzinkinjectionen und beobachtete, meist schon nach einer Einspritzung, Heilung. Schmerzen und Lidödem waren gering. Bei der Sondirung massirt F. durch Hin- und Herschieben der Sonde.

Hirschberg (48) ist der Ansicht, dass in vielen Fällen von Eisen-Fremdkörpern mit seinem Magneten Gutes geleistet werden kann und man sich nicht nur auf den Riesenmagneten verlassen soll.

Schoeler (79) schneidet mittelst Scarificateur dort, wo die Iridectomielanze zum Einstich an der Grenze des Limbus corneae angesetzt wird, die Sclera langsam und gleichmässig einwirkend durch. Ist eine zu kleine penetrirende Wunde angelegt worden, durch welche die Iris bereits prolabirt, so schiebt man, die letztere gleichzeitig bedeckend, mittelst flachem Stilet zur Seite und erweitert durch weitere Schnitte mit dem Scarificateur den penetrirenden Theil der Wunde, eine eventuell stehen gebliebene, schmale Brücke mittelst spitzem Messer oder Scheere durchschneidend.

Hat man sich so den erwünschten Zugang zur Iris in erforderlicher Breite verschafft, so folgen die übrigen Acte, wie bei der gewöhnlichen Iridectomie.

Anzeigen: Die durch vorschreitendes Alter und dadurch verminderte Sehschärfe des Operateurs, wie durch mit oder ohne besondere Erregung verknüpfte, zitternde Hand hervortretenden Schwierigkeiten für Einführung der Lanze in die vordere Kammer, bei Glaucom, sehr enge, vordere Kammerbucht, ebenso, wo in Folge von Leucoma corneae adhaerens nur ein schmaler Randsaum der Hornhaut durchsichtig geblieben ist und die Adhärenz so nahe dem Limbus liegt, dass die Lanze nur wenige Millimeter weit in die vordere Kammer vorgestossen werden kann.

Nach Stroscheminski (92) leistet bei Hornhautgeschwüren Formalin gute Dienste, während es bei Conjunctivitis cat. acuta schwächer wirkt, als andere Mittel und bei gonorrhoischer Conjunctivitis und Trachom versagt.

Straub (89) hält bei der phlyctänulären Keratitis innere Medicin für unnöthig, auch Bäder haben keinen Nutzen. Die eczematöse Haut behandelt er mit Sublimatlösung, gelber Salbe oder Lassar'scher Paste, die Blepharitis örtlich mit 2 pCt. Nitr. argent. Atropin ist selten angezeigt. Bei Lichtscheu ist Eserin viel besser, auch bei Hornhautgeschwüren.

Nach Sachsalber (78) kann jede Therapie des Ulcus serpens, die mit länger dauernder Aufhebung der vorderen Augenkammer einhergeht, Glaucom induciren und ist deshalb zu verwerfen; besonders die Paracen-

tese nach Saemisch, wenn dabei die erzeugte Wunde öfters gelüftet wird. Bei der Cauterisation ist eine innerhalb des Geschwüres gelegene grössere Perforationsöffnung zu vermeiden. Dieses Secundärglaucom entsteht durch eine Verlegung der Kammerbucht von mehr oder minder grosser Festigkeit. Zweckmässig ist es, den Rand des Geschwüres zu verschorfen und zur Entfernung des Hypopyons eine kleine, völlig im gesunden Gewebe gelegene Punctionsöffnung zu erzeugen, die in kurzer Zeit sich schliesst.

Roymann (77) empfiehlt Thioform in Verbindung mit trockenem Verband bei der Behandlung von infectiösen Hornhautgeschwüren, Hornhautphlyctänen, Hornhautläsionen und bei Blepharitis eczematosa.

Burnett (16) empfiehlt das Formalin bei schleimig-eitriger Conjunctivitis in einer Stärke von 1 : 2000 und beim infectiösen Geschwüre der Hornhaut, indem er selbe mit einer Lösung von 1 : 200 oder 1 : 60 einmal täglich betupfte oder eine solche von 1 : 2000 als Collyrium gebrauchte.

Bourgeois (14) heilt Staphylome der Hornhaut und der Sclera electrolytisch. Eine Nadel aus iridisirtem Platin von der Form einer Discissionsnadel steht mit dem positiven Pol in Verbindung, während der negative Pol durch einen feuchten Tampon mit der entgegengesetzten Seite in Verbindung gesetzt wird. Die Nadel wird 2—3 mm weit in das Staphylom nach vorheriger Cocainisirung eingestochen, die angewendete Stromstärke soll 5 Mill.-Amp. nicht übersteigen und soll der Strom nur während einer Minute geschlossen werden. Darnach Verband.

Nach Bock (11) sind tiefe Injectionen von Hg salicyl. ein gutes Mittel gegen luetische Affectionen der Augen, sie beeinflussen auch Augenkrankheiten, gegen die sonst Schmiereur mit Erfolg verwendet wurde, günstig.

Backer (4) operirte ein Sarcom des Corneo-Scleralrandes und ein Symblepharon mit Deckung durch Thiersch'sche Lappen aus dem Arm.

Liddefecte nach Operation eines Angiosarcoms deckte er durch gestielte Hautlappen und ersetzte die fehlende Bindehaut durch Thiersch'sche Lappen.

Bock (12) schlägt vor, bei directen Trübungen der vorderen brechenden Medien vermittelst Röntgenstrahlen Schattenbilder auf der Netzhaut zu entwerfen.

Nach Sucker (93) wirkt Ephedrin. hydrochlor. als Mydriaticum in 10 proc. Lösung, ohne Accommodations-Paralyse herbeizuführen.

Lodato und Nota (56) empfehlen bei Keratitis parenchymatosa scrophulösen Ursprungs subcutane Jodinjectionen (alle zwei Tage 1 ccm einer Lösung von 1 g Jod, 10 g Jodkali auf 100 g Wasser). Da die Injection sehr schmerzhaft ist, wird die Stelle durch Aether sulf. anästhesirt.

Hahnloser (38) giebt bei Glaucom der operativen Behandlung (Sclerotomie oder Iridectomie) den Vorzug vor der medicamentösen.

Pagnini (66) sterilisirt:

Cocain durch Zusatz von 3 proc. Borlösung.
Atropin und Duboisin durch Formol 1 : 1000.
Eserin durch Formol 1 : 1000.
Pilocarpin ebenfalls.
Lösungen von Zinc. sulf. werden durch Formol 1 : 2000 ganz steril.

Reymond (75) bringt bei der Erziehung von Schieloperirten zum Binoculärsehen vor die Linsen des Stereoscops eine rotirende Scheibe mit mehreren Oeffnungen an, welche die Gesichtsfelder beider Augen nach einander wahrnehmen lassen. Durch Fusion und Sensorium werden die beiden einzelnen Bilder verschmolzen.

Stoewer (90) operirte einen Fall von paralyt. Convergenzschielen, bei dem schon 2 Jahre vorher Tenotomie des Intern. und Vorlagerung des Externus gemacht war, indem er ein etwa 1 cm langes Stück des Intern. resecirte, temp. an Stelle der Vorlagerung des gänzlich atrophischen Muskels ein Stück subconj. Gewebes und Tenon. Capsel excidirte und den Defect vernähte. Der nasale Conjunctivaldefect wurde durch das temporal excidirte Stück gedeckt.

Paterson (67) beseitigte durch Tenotomie des rechten Rectus internus Anfälle von Bewusstlosigkeit, die mehrere Tage andauerten.

Förster (29) betont bei der Therapie des Schielens folgende 3 Factoren:

Herstellung des einem normalen Auge zukommenden Accomodationsimpulses durch Correction der vorhandenen Refractionsanomalien.

Herstellung des binoculären Sehactes.

Herstellung der normalen Muskellänge.

Tornatola (96) fand aus dem Gewehre losgeschossene Schrotkörner stets aseptisch, hingegen erzeugten solche, die in dem Zustande, wie sie aus dem Verkaufsladen kamen, in Gelatine oder Bouillon gebracht wurden, immer zahlreiche Colonien, aus denen er oft den Staphylococcus pyogenes albus isoliren konnte. Bei den Schiessversuchen in die Augen von Kaninchen und Meerschweinchen wurden in acht unter zehn die Form und Spannung des Bulbus erhalten, falls das Auge vorher desinficirt und nachher die Wunden antiseptisch behandelt worden waren. Dagegen wurden von zwanzig Augen, an denen nichts gemacht war, vierzehn phthisisch wegen Irido-Chorioiditis, und fünf vereiterten.

Stocker (88) berichtet über 41 Fälle von Panophthalmie, bei denen die Enucleation gemacht wurde. Wegen ihrer sicheren Wirkung giebt er ihr vor der Evisceration den Vorzug.

De Wecker (103) spricht sich gegen die Enucleation tuberculöser Augen aus. Bei einem Knaben, der an vollständiger tuberculöser Zerstörung der Hornhaut und Bildung eines grossen Granulationspfropfes litt, ist jetzt das Auge vollkommen vernarbt und sein Volumen nur wenig verändert. Im zweiten Falle handelt es sich um einen fünfjährigen Knaben, bei dem wegen tuberculöser Jritis die Iridectomie ausgeführt wurde, wobei sich auch das Corpus ciliare als tuberculös erkrankt erwies. Heute besitzt der nun zwölfjährige Knabe auf dem betreffenden Auge beinahe normale Sehschärfe.

Pflüger (71) empfiehlt bei drohender sympathischer Entzündung die Enucleation; bei Panophthalmie die Evisceration.

Die von Heilborn (41) construirte Brille besteht aus einer Combination von einem schwachen Concavglas von 5 oder 6 D (und zwar kommt bei einer Myopie von 10—15 D, die No. 5, von 15—10 D, die No. 6 in Frage) und einer neusilbernen Platte, die in den meisten Fällen hinter dem Glase zu liegen kommt und von zahlreichen Löchern in radienartiger Anordnung durchbohrt ist. Die Brille erzielte im Vergleich mit den bisher bekannten stenopischen Apparaten in Bezug auf die Sehschärfe den höchsten Effect. Für die Untersuchung der verschiedenen Grade der Myopie besteht die Brille aus einem einfachen Gestell mit zwei nach der oben angegebenen Methode durchbohrten Platten. Auch bei manchen Formen des complicirten Astigmatismus liess sich die Brille ohne Concavgläser mit Erfolg da anwenden, wo Cylindergläser im Stiche liessen oder nicht vertragen wurden.

Nach Leers (54) hat die Discission der Linse wegen hochgradiger Myopie keinen unmittelbaren Einfluss auf die Myopie, beziehungsweise die inneren Erkrankungen des Auges, dennoch macht sie das Auge wieder leistungsfähiger.

Elschnig (26) hält das doppelgeschliffene Gräfe'sche Messer für das beste Discissionsinstrument; verwirft die Discission als Reifungsmethode der Cataracta senilis, da sich alle uncomplicirten Stare älterer Leute ohne Rest so extrahiren lassen.

Chalupeky (18) sah in einem Fall von schwerer Infection bei Cataract guten Erfolg von Injectionen nach Darier unter die Conjunctiva, während dieselben bei Keratitis, Iridochorioiditis und Chorioiditis wenig Erfolg hatten.

Boucheron (13) behandelte einen starkranken Diabetiker, der an Streptococcenlymphangitis des Fusses und des Unterschenkels litt, präventiv mit einer Einspritzung von 20 g Heilserum. Die Cataractoperation verlief glatt.

V. Conjunctiva, Cornea, Sclera.

1) Berger, E., Considérations sur la contagiosité du trachome dans les diverses races. — 2) Burchardt, M., Ueber Tripper-Entzündung der Bindehaut und Folgen, Tripper-, Iritis-, Iritis gummosa, Netzhautablösung, Netzhautquetschung. Flächenhafte durch Eitercoccen bedingte Bindehautentzündung. Behandlung äussserer Augenleiden mit verschiedenen Mitteln. Charitée Annalen. XXI. Jahrg. — 3) Burnett, S. U., Influence du pays et de la race dans l'étiologie du trachome. Ann. d'Ocul. CXV. p. 114. — 4) Cohn, H., Ueb. Verbreitung und Verhütung der Augeneiterung der Neugebornen in Deutschland, Oesterreich-Ungarn, Holland und in der Schweiz. — 5) Coppez, Diphtérie oculaire sans fausses membranes. Rév. génér. d'Ophtalm. p. 51. 6) Dalqueu, Ludwig, Ein Fall von Narbenkeloid der Cornea. Dissertation. Giessen. — 7) Demicheri, Episclérites multiples dans une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Le Progrès Médical. 11. Avril. — 8) Evans, T. C., M. D. of Louisvill, Phlyktenular ophthalmia by. Lecteur on ophthalmology and laryngoligy in the kentuky school of medic. — 9) Eversbusch, Erfahrungen über die Behandlung des chronischen Trachoms (Conj. granulosa spl. Sämisch) u. seine Folgezustände. Zehenders kl. Mon. Bl. f. Augenheilk. XXXIV. p. 1. — 10) Fassbender, A., Ueber Herpes zoster ophthalmicus nebst einem Beitrage zur Casuistik desselben. Dissert. Strassburg. — 11) Franke, E., (Hamburg), Ein Beitrag zur Kenntniss der Tuberculose der Augapfelbindehaut. Festschrift. — 12) Foote, Bacteriology of the normal conjunctiva. Med. Record. May 30. — 13) Gallenga, Brevi osservazioni intorno alla Cheratite Dentritica. Clin. ocul. di Parma. 1895. — 14) Derselbe, Dasselbe. Ann. di Ott. XXV. 2—3. p. 224. — 15) Grawitz, P., Ueber Entzündung der Cornea. A. d. D. Medic. Woch. No. 26. — 16) Hanke, Vikt., Ueber Ophthalmia nodosa, Erkrankung durch Raupenhaare. Beitr. z. Augenhlk. XXIII. Heft. S. 8. — 17) Herrnheiser, Ueber Trachom und einige mit Follikelbildung einhergehende Erkrankungen der Bindehaut. Die Praxis. Zeitschr. f. pr. Aerzte etc. No. 19. — 18) Highet, Campbell, A case of gumma of the ciliary region. Brit. Med. Journ. Nov. 7. — 19) Hilbert, R., Zur Statistik des Trachoms. Centralblatt für practische Augenheilkunde. Maiheft. — 20) Hippel, E. v., Ueber Keratitis parenchymatosa. Arch. f. Aug. Bd. 42. S. 194. — 21) Hitschmann, Ein Fall von luetischem Primäraffect der Conjunctiva. Wiener klin. Woch. No. 52. — 22) Hübner, W., Drei Fälle von Augenleiden bei Ichthyosis simplex. Beitr. für Aug. XXIII. Heft. — 23) Kamocki, V., Ueber amyloide Bindehautentartung. Ebendas. XXII. Heft. S. 69. — 24) Knies, M., Die gonorrhoischen Bindehauterkrankungen und deren Behandlung. Samml. zwangl. Abhandlg. a. d. Geb. d. Augenh. I. Band. Heft 5. — 25) Krüdener, H., Ueber die Ursachen des Trachoms. St. Petersburger medic. Woch. No. 22. 1895. — 26) Malgat, Immunité trachomateuse. Le trachom monoculaire. Rec. d'Ophtalm. 1. p. 9. — 27) Morax, V. and E. Beach, The bacteriology of the different varieties of acute conjunctivitis in general and of acute conjunctivitis in particular. Arch. of Ophtalm. XV. p. 54. — 28) Nota, Della cheratite superficiale a decorso lento e sua cura. Policlinico. Jan. 1. — 29) Pergens, Plaques épithéliales de la conjunctive. Presse méd. belge. 12. Janv. — 30) Pichler, A., Zur Frage der diphtherischen Bindehautentzündung. Beitr. z. Augenh. XXIV. Heft. S. 1. — 31) Pick II, L., Ueber Trachom und Follicularcatarrh. Therap. Monatsh. Dezember. — 32) Polignani, Cicatrice ipertrofica della Cornea. Rep. oftalm. et Instit. anat.-pathol. dell' osped. degl' incur. — 33) Randolph, R., A clinical and experimental study of the so-called oyster Shucker's Keratitis. Johns Hopkins Hospital Bulletin. — 34) v. Reuss, Keratitis, Hornhautentzündung. Sep.-Abdruck a. d. Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde. III. Auflage. — 35) Sähn, Emil, Das Trachom in Schleswig-Holstein. Dissertat. Kiel. — 36) Schanz, Fr., Die Bedeutung des sog. Xerosebacillus bei der Diphtherie. Berl. klin. Wochenschrift. No. 12. — 37) Derselbe, Zur Aetiologie der Conjunctivitis pseudo-membranosa. Arch. f. Aug. Bd. 33. S. 224. — 38) Schimmelpfennig, Ueber einen Fall von Conjunctivalxerose mit Keratomalacie. Diss. Jena. — 39) Schütte, Ein Beitrag zur Kenntniss der Kerat. parenchymatosa. Diss. Kiel. — 40) Steiner, L., Cancroid der Cornea, ausgegangen von der Spitze eines Pterygiums. Cent. f. pr. Aug. XX. Jahrg. März. — 41) Uhthoff und Th. Axenfeld, Beiträge zur pathologischen Anatomie und Bacteriologie der eitrigen Keratitis des Menschen. A. v. Graefe's Archiv f. Ophthalm. XXIV. 1. S. 1. — 42) Vossius, A., Die croupöse Conjunctivitis und ihre Beziehungen. Sammlung zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Aug. Heft 1. — 43) Derselbe, Ueber die Fädchenkeratitis. D. Med. Woch. No. 19. — 44) Wagenmann, Carcinom der Conjunctiva entstanden auf einer Exenterationsnarbe. Klin.

Mon. Bl. f. Augenheilkunde. XXXIV. p. 225. — 45) Wecker, L. de, Le raclage cornéen appliqué à la guérison du pterygion et de la kératite en bandelette. Soc. d'Ophtalm. de Paris. Jan. 7. — 46) Wernicke, Un caso de pénigo de la conjunctiva. Anal. de Circulo médic. Argent. anno XIX. nos. 20 y 21.

Wagenmann (44) beobachtete bei einem 70jähr. Manne ein Carcinom, das von der Conjunctivalnarbe nach Exenteratio bulbi ausging.

In den Fällen Fassbender's (10) kamen in Betracht: Extraction eines Zahnes, Lactation, Pneumonie und nervöse Constitution. Drei Fälle fielen in den Sommer, alle übrigen in die rauhe Jahreszeit. Bei weitem am meisten war der erste Trigeminusast betroffen, manchmal Theile des ersten und zweiten zugleich.

Nach Schanz (37) liegt jetzt noch kein zwingender Grund vor, mit unsern alten Anschauungen zu brechen, die bisherigen Befunde vielmehr müssen anregen, die Familie oder Classe der Bacterien, die wir jetzt mit dem Namen Löffler'sche Bacillen bezeichnen, weiter zu studiren. Erst wenn hierin mehr Klarheit geschafft ist, können die bacteriologischen Befunde unsere klinischen Anschauungen hierin beeinflussen.

Nach Steiner (40) hat die Prädisposition des Limbus zur Bildung von Geschwülsten ihren Grund nicht in etwaigen diesem Theile eigenthümlichen mechanischen Verhältnissen oder Besonderheiten der Circulation, sondern in den den Zellen dieser Gegend inhärirenden Eigenschaften, welche diese Zellen behalten, auch dann, wenn sie von ihrem ursprünglichen Sitze verpflanzt und in andere Verhältnisse gebracht werden.

Nach Schütte (39) ist man berechtigt, ausschliesslich bei der Keratitis parenchymatosa mit Ausnahme der tuberculösen Form die Krankheitsursache in Lues zu suchen.

De Wecker (45) operirt Pterygium durch Auskratzen mit folgender Irrigation.

Eine Beziehung der Fädchenbildung zu Atropin konnte Vossius (43) bei einem Patienten ausschliessen, da die Fädchen auch bei Kranken auftraten, welche niemals mit Atropin behandelt wurden.

Nach Pichler (30) scheinen die Löffler'schen Diphtheriebacillen in einem ursächlichen Zusammenhange mit der Conjunctivitis diphtheritica und der Conjunctivitis membranacea seu fibrinosa zu stehen, aber in einzelnen Fällen können auch andere Keime die Rolle der Löffler'schen Stäbchen spielen. Es erscheint somit vorläufig practisch, die Begriffe diphtheritisch und membranös nur im anatomischen Sinne zu gebrauchen und die alte Eintheilung zu belassen.

Franke (11) beobachtete bei einem 7jährigen Knaben an der Conjunctiva bulbi phlyctäuenähnliches Gebilde mit Schwellung der Präauriculardrüsen. Massage mit gelber Salbe war erfolglos. Ueberimpfung excidirter Stücke in die vordere Kammer eines Kaninchens stellte den tuberculösen Character der Neubildungen fest.

Hübner (22) beobachtete neben der Schuppenbildung an der Lidhaut eine hochgradige Verkürzung und Spannung derselben, welche den Lidschluss erschwerte, bezw. unmöglich machte. Ausserdem Ectropium an den unteren Lidern und eine eigenthümliche Schrumpfung der Bindehaut ohne eigentliche Narbenbildung mit Verkleinerung des Bindehautsackes und partieller Symblepharonbildung und scrophulöse Keratitis.

H. Cohn (4) beantragte neben Einführung des Credé'schen Verfahrens die Blenn. neon. unter die Krankheiten einzureihen, welche jeder Arzt zu melden gezwungen ist. Es muss den Behörden gezeigt werden, dass die Zahl der durch Blennorrhoe erblindeten Kinder nicht in dem Verhältnisse abnimmt, als bei einer richtigen Verhütung und rechtzeitigen Behandlung nothwendig zu erwarten wäre. Daher muss jedes Jahr in jeder Blindenanstalt die Gesammtzahl der neu aufgenommenen Blinden und die specielle Zahl der an Blennorrhoe erblindeten Schüler veröffentlicht werden, wie dies auch bereits Stiehr auf dem letzten Blindenlehrer-Congresse in München ausgesprochen. Ferner soll jede Blindenanstalt alljährlich die Zahl der neu aufgenommenen Blennorrhoe-Blinden in ihrem Berichte mittheilen; ebenso jede Hebammenlehranstalt und geburtshülfliche Klinik gefragt werden nach der Zahl der Bl. Auch ist wünschenswerth, dass jede Augenheilanstalt jährlich eingehende Auskunft gebe über folgende Fragen: Wie viele der beobachteten Blennorrhöen waren ein- und wie viele doppelseitig? Bei wie vielen wurden Gonococcen gefunden? Wie viele wurden geheilt entlassen? Wie viele blieben aus der Behandlung aus? Wie viele kamen schon mit Erkrankung der Hornhaut in die Behandlung? Wie viele behielten Hornhautflecken auf einem oder beiden Augen? Wie viele erblindeten auf einem oder beiden Augen? Das Credé'sche Verfahren muss den Hebammen und Studirenden auf das Sorgsamste gelehrt werden; ebenso sind von den Augenkliniken Pflegerinnen für die Blennorrhoe-Behandlung auszubilden.

Nach Kamocki (23) ist das Hauptmerkmal der Hyalinentartung Sclerose, der Amyloiddegeneration Quellung der fibrillären und articulären Zwischensubstanz.

Nach E. v. Hippel (20) besteht ein principieller Unterschied zwischen klinisch primärer und secundärer Keratitis parenchymatosa wahrscheinlich nicht. Die primäre K. parench. hat keine einheitliche Aetiologie. Die hereditäre Syphilis ist mit grösster Wahrscheinlichkeit als das wichtigste und häufigste ätiologische Moment der K. p. zu bezeichnen. Locale Verhältnisse werden das Procentverhältniss beeinflussen. Die Hutchinson'sche Zahnform scheint nicht bei der Mehrzahl der Fälle von K. p. vorzukommen. Ihr Vorhandensein spricht mit Wahrscheinlichkeit, aber nicht mit Sicherheit für das Bestehen hereditärer Syphilis. Schwerhörigkeit bezw. Taubheit kann als beweisend für das Bestehen hereditärer Syphilis angesehen werden, wenn es sich handelt um eine meist acute prognostisch ungünstige Gehörsstörung mit subjectiven Gehörerscheinungen ohne otiatrischen Befund oder um eine meist bei kleinen Kindern auftretende, völlig ohne subjective Beschwerden verlaufende Ohreiterung. Bei der Häufig-

keit tuberculöser Otitis media ist die einfache Angabe „Ohreiterung" in diagnostischer Hinsicht nicht zu verwerthen. In Verbindung mit K. p. kommen am häufigsten am Knie, seltener am Ellenbogen, noch seltener an Fuss, Hand, Kiefer, Gelenkerkrankungen von sehr verschiedenem Character vor, die in einer Anzahl von Fällen bei sicher hereditär Syphilitischen auftreten, durch Jodkalium günstig beeinflusst und deshalb mit Recht als syphilitische Gelenkerkrankung angesprochen werden. Sie finden sich aber auch an Individuen, bei denen keine Syphilis, wohl aber tuberculöse Belastung oder sonstige Tuberculose nachweisbar ist. Es ist daher einstweilen die Möglichkeit zuzulassen, dass die in Verbindung mit K. p. auftretenden Gelenkerkrankungen unter Umständen tuberculöser Natur sind. Der Nachweis, dass in einem gewissen Procentsatz der Fälle von K. p. bei Fehlen von Anzeichen für das Bestehen hereditärer Syphilis tuberculöse Belastung oder Tuberculose anderer Körperstellen gefunden wurde, berechtigt in Verbindung mit anatomischen Befunden zu der Annahme, dass sehr wahrscheinlich ein Theil der Fälle von K. p. seine Ursache in einer tuberculösen relativ milde verlaufenden Infection des Auges hat. In welchem Procentsatz die Tuberculose in der Aetiologie der K. p. eine Rolle spielt, lässt sich noch nicht beurtheilen. Rheumatismus und Malaria scheinen in manchen Fällen von ätiologischer Bedeutung zu sein, unsicher ist dies vom Diabetes und der Influenza. — Es ist die Möglichkeit zu beachten, dass auch bei hereditär Syphilitischen das Auge tuberculös erkranken kann. Recidive sind bei der K. p. häufig. Die Therapie vermag, was die directe Beeinflussung des Augenleidens anlangt, nur verhältnissmässig wenig auszurichten. Subconjunctivale Injectionen können nur als Unterstützung der Allgemeinbehandlung angesehen werden. In einzelnen Fällen, bei denen Syphilis nicht nachweisbar ist, scheint das Natr. salicyl. die K. günstig zu beeinflussen. In gewissen seltenen Fällen, wo der Process noch auf einen kleinen Theil der Randzone der Cornea beschränkt ist, kann unter Umständen durch Excision des erkrankten Gewebes das weitere Fortschreiten coupirt und rasche Heilung erzielt werden.

Hanke (16) theilt einen merkwürdigen Fall mit, bei welchem nach 14 Tagen mit dem Aufschiessen der Knötchen zugleich eine Anzahl Haare in denselben sichtbar wurde, die früher trotz genauer Untersuchung mit der Lupe nicht gesehen wurden.

Eversbusch (9) geht so wenig operativ vor als irgend möglich. Eine einzige Ausnahme bildet die Erweiterung der Lidspalte, die er regelmässig unternimmt in allen Fällen, in denen eine Verkürzung der Lidspalte oder eine Einwärtskehrung der Lider ohne oder mit fehlerhafter Stellung der Augenwimpern vorliegt. Der Erfolg der Betropfungen ist derselbe wie der nach Jequirity beobachtete. Je nach der Individualität des Falles fährt er in kürzeren oder grösseren Zwischenräumen (5—6—8 Tagen) mit den Betropfungen fort, stets sie nur dann wiederholend, nachdem jede Andeutung von Argent. nitr.-Wirkung gänzlich verschwunden ist. Oefters beobachtete E., dass im gleichen Maasse, wie die Aufsaugung und Umwandlung der pathologischen Einlagerungen in der Bindehaut fortschritt, die chemische Anziehungskraft für Argent. nitr. abnahm, so dass mit der zunehmenden Besserung immer weniger davon durch die Bindehaut aufgenommen wurde und dementsprechend die Schorfbildung immer geringer ausfiel. Auch durch Massage mit gelber Salbe wird die Rückbildung der Bindehaut-Einlagerungen wie der Folgezustände im Lidknorpel sehr günstig beeinflusst. Statt der Peritomie wendet E. bei Hornhaut-Pannus Tinct. jodi an, die mit einem sehr feinen Malerpinselchen in einer Entfernung von 2—3 mm vom Hornhautrande punktförmig auf die Stellen der Bindehaut aufgetragen wird, an denen die Hauptverästelungen der neugebildeten Gefässe zur Hornhaut übertreten. In besonders heftigen Fällen wird die Jod-Cauterisation in Gestalt einer ununterbrochenen bogenförmigen Linie vorgenommen, die, je nachdem, bald sich auf einen Quadranten, bald auf die Hälfte des Hornhautumfanges beschränkt, bisweilen aber noch darüber hinausgehen. Damit die Jodtinctur sich nicht zu sehr nach der Fläche, insbesondere nicht gegen den Hornhautrand zu ausbreitet, nimmt E. bei der Betupfung den Pinsel nie voll, sondern streicht zuvor das Ende desselben am Glashalse etwas ab. Endlich empfiehlt E. möglichst viel Aufenthalt im Freien, Zufuhr von genügender Menge guter Luft in die Schlafzimmer, auch für die Dauer der Nacht und peinlichste Sauberkeit in Bezug auf die eigene Person des Kranken. Die Kranken erhalten bei der Entlassung über den letzteren Punkt noch besonders genaue Auskunft durch gedruckte Vorschriften, deren eine sie einlässlicher über die beste und einfachste Art der Reinhaltung der Hände unterweist, während die andere über die aseptische Aufbewahrung der zum Einträufeln benutzten Tropfgläser und in gleicher Weise auch über die beim Gebrauche von Salben nöthigen Glasstäbe handelt. Selbst wenn die Bindehaut auch keine verdächtigen Unebenheiten mehr zeigt, lässt E. doch noch für die nächsten Monate alltäglich in der Frühe abwechselnd einen um den anderen Tag Cupr. sulf. 0,1:20,0 bis 30,0 und Sublimat 1,0:5000 einträufeln oder in Salbenform einstreichen. E. hält auch deshalb die Anstaltsbehandlung für dringend angezeigt, weil für den schnelleren Fortgang der Heilung auch die Hebung des Allgemeinbefindens von nachhaltigstem Einfluss ist. Neben einer roborirenden diätetisch-medicamentösen Behandlung, wie E. sie u. A. in einem der ophthalmologischen Capitel des Handbuches der speciellen Therapie (von Penzoldt und Stintzing) geschildert hat, üben auch sachverständig und individualisirend abgemessene hydriatische Maassnahmen eine belebende Wirkung aus auf die Förderung des Stoffwechsels. Die Zeitdauer dieser Behandlung betrug durchschnittlich 1—2, ausnahmsweise erstreckte sie sich auf 3 Monate.

Als Erreger der von Morax und Beach (27) untersuchten acuten contagiösen Conjunctivitis fand sich ein kurzer schlanker Bacillus, der zuerst von Koch und dann von Week gesehen wurde.

Nach Malgat (26) lässt das Bestehen von einsei-

tigem Trachom vermuthen, dass gewisse Fälle von Trachom nicht contagiös sind.

Knies (24) empfiehlt u. a. ein heisses Dauerbad von 40° C., da eine dauernde Erhöhung der Körpertemperatur auf 40° ein Verschwinden der Gonococcen herbeiführt.

Gallenga (13, 14) heilte Keratitis dendritica durch eine subconjunctivale Sublimatinjection (1 : 2000).

Nach Burnett (3) üben sowohl die Rasse als das Clima einen wesentlichen Einfluss auf die Häufigkeit des Trachoms.

Nach Coppez (5) wird, wenn zur Zeit der Anwendung des Heilserums die Affection auf ein Auge beschränkt ist, das zweite Auge keine Pseudomembranen zeigen oder sie werden viel milder verlaufen, als auf dem erstergriffenen Auge.

VI. Iris, Ciliarkörper, Chorioidea, Glaskörper, Glaucom.

1) Abelsdorff, Carcinommetastasen am Uvealtractus beider Augen. Arch. f. Augenheilkde. XXXII. S. 35. — 2) Bach, Experimentelle Studien über das Zustandekommen der sympt. Ophthalmie. Sitzungsber. d. phys.-med. Gesellsch. zu Würzburg. No. 2. — 3) Coppez, H., Quelques remarques sur le diagnostic différentiel des affections tuberculeuses de l'iris. La clinique ophthalm. — 4) Burchardt, Vorstellung von Glaucomfällen. Berl. klin. Wochenschr. 1. Juni. — 5) Friedenwald, H., Ueber jugendliche Netzhaut- und Glaskörperblutungen, durch sichtbare Netzhautvenenerkrankungen bedingt. Centralbl. f. pract. Augenheilk. XX. Jahrg. Februar. — 6) Fuchs, E., Ueber zwei der Retinitis pigmentosa verwandte Krankheiten. (Ret. punctata albescens und Atrophia gyrata chorioideae et retinae.) Arch. f. Augenheik. XXXII. S. 11. — 7) Hirschberg, J., Ueber Verfärbung der Regenbogenhaut. Centralbl. f. pract. Augenheilk. XX. Jahrg. Sept. — 8) Hirschberg, J. und A. Birnbacher, Schwamm-Krebs der Iris-Hinterschicht. Ebendas. XX. Jahrg. October. — 9) Lange, O., Ueber Glaucom in seinen Beziehungen zu den Allgemeinerkrankungen. Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Gebiete d. Augenheilk. I. Bd. Heft 6. — 10) Lindner, Sympathische Ophthalmie am linken Auge; vorübergehende Besserung durch die Enucleation des rechten Auges. Wien. med. Wochenschr. No. 35. — 11) Meyer, Otto, Ein Fall von sympathischer Ophthalmie nach subconjunctivaler Bulbusruptur. Diss. Jena. — 12) Ostwalt, Cas typique de Gomme du corps ciliaire avec remarques sur les tumeurs syphilitiques de la partie antérieure du tractus uvéal en général. Ann. de Dermat. et de Syph. — 13) Panas, Sarcome choroïdien de la région de la macula, avec propagation orbitaire. Bull. de l'acad. — 14) Richey, Olin, The management of Glaucoma; chronic simple Glaucoma. An. of Ophth. and Otol. Washington. Oct. — 15) Schweigger, Glaucoma malignum. Arch. f. Augenheilk. 32. Bd. S. 1. — 16) Siemerling, E., Ueber die Veränderungen der Pupillenreaction bei Geisteskranken. Berl. klin. Wochenschr. No. 44. — 17) Silberkuhl, W., Untersuchungen über die physiologische Pupillenweite. Graefe's Arch. für Ophthalm. 42. Bd. Abth. III. p. 179—187. — 18) Simon, R., Ueber periphere Scotome bei Glaucom. Centralbl. f. pract. Augenheilk. XX. Jahrg. April. — 19) Spalding, A., Case of Chorioidal hemorrhage following Extraction. Enucleation. Arch. of Ophth. Bd. XXV. p. 92. — 20) Stephenson, The excretory origin of ceratin forms of Iritis and Cyclitis. Lancet. Febr. 29. — 21) Ulbrich, Ueber die Abflusswege des Glaskörpers. Wien. klin. Wochenschr. No. 53. — 22) Wicherkiewicz, Zur Aetiologie und Behandlung des Glaucoms. Kl. M. S. 161.

Nach Silkerkuhl (17) schwankt die physiologische Pupillenweite je nach dem Alter zwischen $2^3/_4$ mm und $4^3/_4$ mm. Ihre durchschnittliche Grösse beträgt bei jugendlichen Personen (bis zu 15—20 Jahren) etwas mehr als 4 mm (4,1 mm), bei älteren Personen über 50 Jahre fast 3 mm. In den Jahren zwischen 20 und 50 ist die Pupillenweite ziemlich gleichmässig, zwischen 3,6 mm und 3,1 mm. Zwischen den drei Refractionszuständen gleicher Altersklassen besteht keine wesentliche Differenz in der Pupillenweite. Die Pigmentirung hat wahrscheinlich keinen Einfluss auf die Weite der Pupille. Die Pupillenweite eines Auges ist bei verdecktem zweiten Auge im Allgemeinen um $^1/_4$—$^3/_4$ mm grösser als bei unverdecktem zweiten Auge.

Siemerling (16) fand unter 9160 Geisteskranken 1639 mal reflectorische Pupillenstarre; am häufigsten ist sie zu beobachten bei Paralysis progressiva, bei der sie direct als Frühsymptom beobachtet werden kann.

Wicherkiewicz (22) wendet, um das eventuelle Zerren an der auf das Graefe'sche Messer sich vorlegenden Regenbogenhaut zu vermeiden, zur Sclerotomie zwei Lanzenmesser an, indem er, das eine in der rechten, das andere in der linken Hand führend, an zwei diametral entgegengesetzten Stellen des Sclero-Corneal-Randes möglichst peripher in die Vorderkammer einsticht und vorsichtig die bis zum Pupillarrande vorgeschobenen Messer langsam und behutsam zurückzieht.

Nach Hirschberg (7) kommt es ziemlich regelmässig, wenn ein Splitter von merklicher Grösse im Augeninnern haftet, im Laufe der Zeit, mindestens nach $^1/_2$, 1 oder 2 Jahren, zu einer ganz eigenartigen, schmutzig-dunkelbraunen Verfärbung der Regenbogenhaut, welche sogar dann noch auffällt, wenn das Auge ursprünglich braun war. Im Gegensatz zu der braunen Farbe der Verrostung wird bei Durchblutung des Augeninnern die blaue Regenbogenhaut grünlich. Gegenüber der braunen Verfärbung durch Rost und der grünen durch Blut giebt es noch eine gelbliche durch entzündliche Entartung.

Die von Hirschberg und Birnbacher (8) beschriebene Neubildung besteht ihrer Hauptmasse nach aus Epithelzellen, welche ohne jede Zwischensubstanz zu Strängen und Schläuchen angeordnet waren und sich als Abkömmlinge des gewucherten Pigmentblattes des oberen Irisantheiles nachweisen liessen.

Netzhaut- und Glaskörperblutungen im Jünglingsalter sind nach Friedenwald (5) auf eine Gefässerkrankung zurückzuführen.

Nach Fuchs (6) unterscheidet sich die Atrophia gyrata chorioideae et retinae von der Retinitis pigmentosa durch das Hervortreten der Aderhautatrophie, welche hier das ophthalmoscopische Bild beherrscht. Das Auftreten der Atrophie in Form runder, immer mehr sich vergrössernder Flecken lässt daran denken, dass sie im Centrum einzelner Gefässgebiete einsetzt, um nach deren Peripherie hin fortzuschreiten.

In Fällen von Abelsdorff (1) brach die sympathische Entzündung des linken Auges 7 Wochen nach der Verletzung des rechten und 3 Wochen nach der Operation des letzteren aus.

Nach Bach (2) erfolgt die Ueberleitung eines Reizes von einem Auge zum anderen durch die Ciliarnerven, und zwar direct durch die Gefässnerven im Circulus arteriosus Willisii, indirect durch Irradiation in der Medulla oblongata. Somit besteht für die Erkrankungen des zweiten Auges, deren Auftreten durch voraufgehende Erkrankungen des anderen Auges beeinflusst oder direct verursacht wird, der Name: Ophthalmia sympathica zu Recht.

Simon (18) stellte bei Glaucom periphere, relative wie absolute Scotome fest, deren Form, wenigstens anfänglich, stets eine bogenförmige zu sein scheint. Ihr Auftreten nach der Operation scheint häufig den gänzlichen Verfall des Gesichtsfeldes einzuleiten und somit von übelster prognostischer Bedeutung zu sein. Da ihr Nachweis ein recht schwieriger ist, so ist durch mehrmalige Prüfung die Zuverlässigkeit der Angaben zu controliren. Am sichersten ist es, zunächst ein Einüben des blinden Fleckes vorzunehmen. Oft ist der das Scotom nach aussen begrenzende Rand des Gesichtsfeldes auch in seiner Function stark geschädigt; zu kleine Objecte werden dann daselbst ebenfalls nicht gesehen, man erhält einen einfachen sectorförmigen Defect. In anderen Fällen würden kleine, besonders relative Scotome mit zu grossen Objecten sicher übersehen werden. Man muss die Grösse also im einzelnen Fall ausprobiren. Am geeignetsten scheint uns zunächst ein Durchmesser von 5 mm zu sein.

VII. Retina. Opticus. Amblyopie. Daltonismus.

1) Amman, Die Netzhautblutungen bei Chorioiditis disseminata. Dissert. Zürich. — 2) Boas, Das Gesichtsfeld, ein Handbuch für Augenärzte. Stuttgart. — 3) Brückner, Ein Fall von doppelseitiger homonymer Hemianopsie. Dissert. Giessen. — 4) Caspar, Zur Kenntniss der angeborenen Anomalien der Sehnervenpapille. Arch. f. Augenheilk. Bd. 32. S. 16. — 5) Demicheri, Le champ visuel dans les cas de scotome central. Arch. d'ocul. CXV. p. 285. — 6) Dreballa, Chlorosis und Papilloretinitis. Deutsche med. Wochenschr. No. 28. — 7) Ehrle, Beitrag zur Casuistik der Embolie der Arteria centralis retinae. Diss. Tübingen. — 8) Feilchenfeld, Beitrag zur Kenntniss der Atrophia nerv. optici. Dissert. Kiel. — 9) Fick, Zur Theorie der Farbenblindheit. Bonn. Arch. f. d. ges. Physiolog. Bd. 64. — 10) Greeff, Der Bau der menschlichen Retina. Breslau. — 11) Hirsch, C., Zur Pathologie der Embolie der Netzhautschlagader. Arch. f. Augenheilk. Bd. 33. Ergänzungsheft. S. 139. — 12) Hoene, J., Ein seltener Augengrundbefund. Centralbl. f. pr. Augenheilkunde. XX. Jahrg. März. — 13) Holden, A., The visual disturbances due to nervous diseases. Med. Record Oct. 31. p. 626. — 14) Katz, K., Ueber das Zusammenvorkommen von Neuritis optica und Myelitis acuta. v. Gräfe's Arch. f. Ophth. XLII. 1. S. 202. — 15) Königshöfer, Neuritis optica im Anschluss an Rheumatismus articul. acutus. Med. Corresp.-Blatt d. Württemb. ärztl. Landesvereins. No. 28. — 16) Krienes, H., Der Lichtsinn und Farbensinn bei Erkrankungen der Netzhaut, Aderhaut und der Sehnerven. Arch. f. Augenheilk. Bd. 33. S. 251. — 17) Lübbe, M., Ein Fall von transitorischer Amaurose. Diss. Kiel. — 18) Müller, Albert, Ueber einen Fall von Sehnervengeschwulst. Diss. Jena. — 19) Peters, Ueber die Beziehungen zwischen Orientirungsstörungen und ein- und doppelseitiger Hemianopsie. Archiv für Augenheilk. XXXII. S. 175. — 20) Purtscher, O., Beitrag zur Kenntniss der spontanen Bindegewebsbildung in Netzhaut und Glaskörper (Retinitis proliferans Manz) nebst einem Nebenblick auf die Aetiologie des haemorrhagischen Glaucoms. Arch. f. Augenheilkunde. Bd. 33. Ergänzungsheft. S. 1. — 21) Schlosser, Ueber Netzhautatrophie nach grauer Degeneration des Opticus und nach Embolie der Centralarterie. Diss. Jena. — 22) Schmidt-Rimpler, Bemerkungen zu wirklicher und simulirter Sehschwäche und Gesichtsfeldeinschränkung. Festschrift zur Feier des 100jähr. Stiftungsfestes der militärärztlichen Bildungsanstalten zu Berlin. — 23) Schneider, Ueber Erblichkeit der Retinitis pigmentosa. Dissert. Berlin. — 24) Schöbl, J., Cryptoglioma retinae. (Vorläufige Mittheilung.) Centralbl. f. pr. Augenheilk. Mai. — 25) Siegfried, A., Die traumatischen Erkrankungen der Macula lutea der Netzhaut. Beitr. z. Augenheilk. Heft XXII. S. 1. — 26) Straub, M., Statistische Beiträge zum Studium der Amblyopia congenita. Arch. f. Augenheilk. Bd. 33. S. 167. — 27) Vintschgau, Physiologische Analyse eines Falles partieller Farbenblindheit. Ber. d. naturwissenschaftl. med. Ver. 1894/95.

Nach Amman (1) ist das Zusammentreffen der Chorioiditis disseminata mit Retinahaemorrhagien wahrscheinlich am häufigsten begründet in einer Allgemeinerkrankung des Individuums, welche durch Vermittelung des Blutes sowohl die Chorioidea wie die Retina in Mitleidenschaft zieht, dort in Gestalt von umschriebenen Entzündungsherden, hier unter dem Bild von Haemorrhagien. In dem einen Fall mögen multiple Embolien von Bacterien, in dem andern eine Schädigung der Gefässe auf chemischem Wege die unmittelbare Ursache bilden. Die Möglichkeit einer Complication der Chorioiditis disseminata mit Netzhautblutungen liegt in einer secundären Erkrankung der Retina durch den unmittelbaren Contact mit dem Chorioidealrand, indem die Retinagefässe an diesen Stellen entzündlich verändert und dann für Blut durchlässig werden oder Stauung in dem peripheren Theil auftreten lassen. Auch können die Netzhautblutungen und die Chorioiditis unabhängig von einander entstehen und beide ihre besonderen Ursachen haben.

Demicheri (5) konnte bei der retrobulbären Neuritis sehr früh periphere Gesichtsfelddefecte nachweisen. Dadurch, dass das centrale ein absolutes, das periphere Scotom ein relatives ist, lassen sich beide unterscheiden, was wichtig ist, gegenüber anderen sectorenförmigen Defecten. Ausserdem kommt auch eine ringförmig die Peripherie umgreifende, wie bei der peripheren Amplyopsie Samelsohns vor. Annäherung oder Verschmelzung des peripheren Scotoms mit dem centralen macht völlige Heilung sehr unwahrscheinlich.

In Müller's Fall (18) handelt es sich um ein Myxosarcom, ausgegangen vom Opticus selbst, bei einem 8jährigen Knaben in der linken Orbita.

Nach Schmidt-Rimpler (22) beruht die beim Schiessen auftretende Sehschwäche der Hyperopen oft auf Accommodationsschwäche oder Krampf, die durch

Gläser beseitigt werden. Da die Grösse der Gesichtsfelder bei verschiedenen Perimetern verschieden ist, so muss man die Grösse des Prüfungsobjectes angeben sowie die Kopfhaltung beachten. Die Ermüdungseinengung ist kein Symptom nervöser Erkrankung, sondern bedingt durch Schwankungen der Aufmerksamkeit. Sie hat nur dann Werth, wenn sie physikalischen Gesetzen entspricht.

Nach Purtscher (20) ist aufzustellen: 1. eine Bindegewebsbildung in Netzhaut und Glaskörper im Sinne Leber's, die zurückzuführen ist auf stattgehabte Blutergüsse in das Augeninnere. Hierbei wären zu sondern: einerseits directe Umwandlungsproducte der Hämorrhagien, andererseits aber die Producte einer reactiven Netzhautentzündung. 2. eine Bindegewebswucherung der Netzhaut als Folge einer eigenthümlichen (vielleicht ganz speciell typischen) Gefässerkrankung, als Product einer vermittelnden Retinitis im Sinne ihres ersten Monographen Manz. Blutergüsse pflegen das Bild in der Regel auch hier zu begleiten, sie sind aber nicht wesentliches Substract, sondern begleitendes Symptom. Nur für diese zweite Form wäre — als thatsächlich zutreffend und bezeichnend für den Process — der Name „Retinitis proliferans" beizubehalten.

Nach Krienes (16) ist Anaesthesia retinae ein Symptom retinaler Ermüdung und beruht auf Störung der Adaptation. Sie ist eine leichtere Form der Hemeralopie, sie wird bei demselben Leiden beobachtet und nach den gleichen ursächlichen Einwirkungen wie Hemeralopie (acute und chronische). Es giebt daher eine acute und chronische Form der An. ret. Es kann auf einem Auge An. ret. bestehen, während das andere Auge gesund ist. Es kann An. ret. auf dem einen Auge bestehen, auf dem anderen Hemeralopie. Es kann sich aus An. ret. Hemeralopie entwickeln, es kann Hemeralopie in An. ret. übergehen. An. ret. wird auch bei Opticusleiden beobachtet und ist dann als „gleichzeitig" bestehende Affection (Complication der äusseren Netzhaut- resp. Aderhautschichten) aufzufassen. An. ret. bei Neurasthenie, Hysterie etc. ist zu deuten entweder als Folge gleichzeitig bestehender Verschlechterung des Allgemeinzustandes (Ernährung), Anämie, oder durch Sympathicus- resp. Trigeminusaffection, da vom Sympathicus resp. Trigeminus der Blutkreislauf und Stoffwechsel im Aderhauttractus beeinflusst wird. Die Symptome der An. ret. sind dieselben wie der Hemeralopie in modificirter Form. Das auffallendste Symptom ist neben der Adaptationsverlangsamung das der quantitativen Herabsetzung der Blauempfindung.

Caspar (4) beschreibt Auflagerungen in und auf dem Sehnerven, die er auf eine mangelhafte Aufhellung des fötalen Glaskörpergewebes resp. der Hyaloidea zurückführt.

Nach Hirsch (11) giebt es drei ihrer Blutversorgung nach gesonderte Bezirke in der Retina: Das Gebiet des oberen Hauptastes, das des unteren Hauptastes, das der kleinen Arterien im papillomacularen Netzhautdreieck. Jedes der drei Hauptgebiete kann durch Embolie ausfallen, ohne dass das dritte, kleine abstirbt; beide Hauptgebiete können absterben, das dritte weiterleben. Das letztere Ereigniss kann ebenso eintreten, wenn die Gefässe des Netzhautdreieckes dem Ophthalmoscopiker als sogen. „cilioretinale" sich präsentiren, als wenn sie sichtbar aus der Centralarterie stammen. Der Effect der isolirten Embolie der Ernährungshauptader eines der drei Ernährungsgebiete der Netzhaut hat nur zur Folge einen Gesichtsfelddefect und partielle Sehnervenatrophie, aber nicht Einbusse an centraler Sehschärfe. Erblindung des Netzhautcentrums muss stets die Folge sein der Embolie aller drei Ernährungshauptgefässe oder des Stammes der Centralarterie vor Abgang der Aeste.

Hoene (12) beobachtete eine theilweise Verdrängung und Verdichtung des Glaskörpers, wahrscheinlich bedingt durch einen Exsudationsprocess zwischen Glaskörper und Netzhaut.

Nach Katz (14) kann nur längere Zeit fortgesetzte genaue Beobachtung einer grösseren Zahl von Fällen eine Einsicht in die den beiden Affectionen (Neuritis optica und Myelitis acuta) zu Grunde liegende Ursache gewinnen.

Lübbe (17) nimmt für seinen Fall als wahrscheinlich an, eine Blutung direct vor dem Chiasma, die durch Druck auf das ganze Chiasma zunächst vollkommene Erblindung bewirkte und darauf nur eine partielle (mit unterem Gesichtsfelddefect), indem das Coagulum allmälig resorbirt und damit der Druck auf das Chiasma geringer wurde. Schliesslich wurde dann das Coagulum ganz resorbirt, der Druck auf das Chiasma ganz aufgehoben und so das Gesichtsfeld ganz frei. Soweit dann der Druck des Coagulums keine Atrophie bewirkte, wurde das Sehvermögen wieder hergestellt.

Nach Siegfried (25) kommt bei Beurtheilung der Frage, wann eine Maculaerkrankung einzutreten pflege, es weniger auf die Art der einwirkenden Gewalt, als vielmehr auf ihre Stärke an. Am günstigsten verlaufen diejenigen Fälle, welche bewirkt sind durch Schlag oder Wurf eines Gegenstandes gegen das Auge, schon heftiger wirken Stösse. Pfeilschüsse bieten eine ungünstige Prognose; fast ganz geht das Sehvermögen zu Grunde bei Explosionen oder bei Sturz auf das Auge. Die Prognose ist ungünstig, wenn rasch nach der Verletzung starke Pigmentveränderungen der Retina und als Complicationen Atrophie des Opticus und chorioiditische Veränderungen auftreten. Bei der Mehrzahl der Splitter im Auge tritt eine Maculaaffection ein, die in Siegfried's Fällen einer Rückbildung nicht fähig war und die Sehschärfe bedeutend herabsetzte.

Nach Straub (26) kann weder das Schielen, noch das Fehlen des binoculären Sehens im Allgemeinen die monoculäre Amblyopie erklären; eher könnte die Anisometropie den Grund zu einer Amblyopie aus Nichtgebrauch legen, wenn nicht die Fälle von Amblyopie und Isometropie dieser Annahme widersprächen. Vielmehr muss umgekehrt die Amblyopie als Ursache für die Anisometropie betrachtet werden, da der Zusammenhang dieser beiden Erscheinungen unzweifelhaft feststeht.

Der Fall von Peters (19) nimmt unter den bisher veröffentlichten Fällen von doppelseitiger Hemianopsie eine Sonderstellung ein, weil die Orientirungsstörungen sofort mit der ersten Hemianopsie auftraten und die spätere, ebenfalls mit Hemianopsie auftraten und die spätere, ebenfalls mit Hemianopsie einhergehende Erkrankung der linken Hemisphäre auf dieselben keinerlei Einfluss hatte.

Nach Schöbl (24) giebt es gewisse äusserst seltene Fälle von Gliomen, bei denen die Stellung einer richtigen Diagnose zu den Unmöglichkeiten gehört.

VIII. Linse.

1) Abadie, Ch., Etude clinique et pathogénique d'une complication peu connue consécutive à l'extraction de la cataracte avec iridectomie. Ann. d'Oculist. T. CXVI. Livr. 1. p. 45. — 2) Allport, Frank (Mineapolis), An unusual case of cataract. American Journal of Ophthalm. Vol. XIII. No. 2. p. 52. — 3) Ardin-Deteil, De la cataracte noire. Nouveau Montpellier médical. — 4) Augstein (Bromberg) und Ginsberg (Berlin), Ueber die Resorption der Linse und der Linsencapsel bei Luxation in den Glaskörper. Centralbl. f. pract. Augenhlkde. November. S. 356. — 5) Batchvaroff, Angel St. (Bratrigovo, Bulgarie), Contribution à l'étude de la cataracte traumatique. Thèse de Genève. 1895. — 6) Bistis, J. (Constantinople), Cataracte traumatique avec corps étranger dans le cristallin opacifié. Intoxication grave par le sulfate d'atropine. Clinique Ophtalm. Année II. No. 8. p. 104. — 7) Boggi, P., Un caso di spontanea e completa lussazione dell cristallino nella camera anteriore. Riduzione col managgio. Ann. di Ottalm. Anno XXV. Fasc. 1. p. 7. — 8) Ball, James Moores, Two interesting cases of cataract. Saint Louis med. and surg. Journ. Vol. LXX. No. 5. p. 282. — 9) Casey, A. Wood, The after-treatment of normal cataract extraction. Therapeutic Gazette. February. — 10) Critchett, Extraction of a dislocated lens with good result. British med. Journ. No. 1846. p. 1204. — 11) Cramer (Cottbus), Ein Fall von Lenticonus posterior. Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. XXXIV. Jahrg. August. S. 278. — 12) Davis, A. Edward, The report of a case of double senile cataract, with leucoma as a complication in each eye. Extractions after preliminary iridectomies. New York. Manhattan Eye and Ear hospital Reports. Vol. III. January. p. 37. — 13) Delbès, Oscar, De la resorption spontanée intracapsulaire de la cataracte sénile. Thèse de Paris. — 14) Deschamps (Grenoble), Retard anormal dans la formation de la chambre antérieure après l'opération de la cataracte. Clinique Ophthalm. No. 5. p. 62. — 15) Egner, Rudolf, Ueber Contusionsstare, speciell die durch Capselruptur bedingten. Inaug.-Dissert. Greifswald. — 16) Fergus, On badby-fifting spectacles and on the decentration of lenses. Glasgow journal. July. — 17) Fromaget et Cabannes, De l'hémorrhagie intraoculaire expulsive consécutive à l'extraction de la cataracte. Ann. d'Oculist. T. CXVI. Livre 2. p. 118. — 18) Frenkel, Contribution à l'urologie clinique des cataractes. Lyon méd. No. 14. — 19) Funke, Gotthold, Ueber den Zusammenhang zwischen Diabetes mellitus, Nephritis chronica und Cataract. Inaug.-Diss. Berlin. — 20) Galezowski, Nouveau procédé opératoire des cataractes secondaires à l'aide de deux aiguilles serpettes. Recueil d'Ophtalm. No. 9. p. 513. — 21) Derselbe, De l'opération des cataractes secondaires adhérents par l'incision d'arrière en avant. (Suite et fin.) Recueil d'Ophtalm. No. 10. p. 587. — 22) Gama, Pinto J. da, Ein Beitrag zur Nachstar-Operation. Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. XXXIV. Jahrg. Septbr. S. 295. — 23) Gradenigo, Pietro (Padowa), Sull' estrazione capsulo-lenticolare della cataratta. Ann. d'Ottalm. XXV. Fasc. 1. p. 77. — 24) Grosser, Paul, Ueber Ectopia lentis. Inaug.-Dissert. Berlin. — 25) Hallauer, Otto, Uebersicht über 400 Staar-Extractionen, ausgeführt in der Basler ophthalmologischen Klinik vom 5. Januar 1889 bis 11. April 1895. XXXII. Jahresber. d. Augenheilanstalt in Basel. S. 63. — 26) Hassler, Ectopie congénitale bilatérale et symétrique du crystallin. Lyon. méd. Février. — 27) Hennicke, Ein Fall von Cataract, veranlasst durch Entozoen (?). Klin. Monatsblätter f. Augenheilkunde. XXXIV. Jahrg. December. S. 423. — 28) Hess, C., Ueber Linsentrübungen in ihren Beziehungen zu Allgemeinerkrankungen. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde. 1. Bd. 2. Hft. — 29) Hippel, E. v., Ueber Spontanresorption seniler Cataracte. Bericht über die 24. Versammlung der Ophthalmologisch. Gesellsch. S. 267. — 30) Hirschberg, J., Ueber die Heilung des Schmutzstars. Deutsch. med. Wochenschr. 2. Juli. S. 427. — 31) Howe, Lucien (Buffalo), Note concerning the lens in the eyes of rodents. Transactions of the Americ. Ophthalm. society. Thirty first annual meeting. 1895. — 32) Janowski, A., Cataractextractionen, 70 Fälle aus der ärztlichen ophthalmologischen Landpraxis. — 33) David, Little, Observations on the treatment of certain forms of cataract. The british med. journal. August. p. 312. — 34) Mancae, Ovio, Studi intorno alla cataratta arteficiale. Arch. di Ottalm. Vol. IV. Fasc. 5 u. 6. p. 167. — 35) Miles, H., Eine Anzahl von Fällen von Linsenaffectionen hereditärer Natur. Annales of ophthalm. and Otol. — 36) Mitchell, S. (Hornellsville, N. Y.), A cataractous family. New York med. Journ. No. 9. (No. 900.) p. 289. — 37) Nicolukin, J., Bericht über 160 Cataract-Operationen im Landkrankenhause für 1894/95. — 38) Noyes, Henry D. (New York), Severe hemorrhage following extraction of cataract. Transactions of the American society. Thirty-first annual meeting. New London, Conn. 1895. — 39) Oliver, Charles A., Description of a few of the rarer complications occurring during and following cataract extraction. Arch. of Ophthalm. Vol. XXV. No. 3. — 40) Plettink-Bauchau, Des inconvénients de l'opération de la cataracte avec iridectomie comparés aux avantages de l'extraction simple avec le lambeau sémielliptique de Galezowski pratiquée à l'institut ophtalmique de Bruges. Recueil d'ophtalm. 18. année. No. 8. p. 449. — 41) Préfontaine, L. A., Summary of operations for cataract done at the New York eye and ear infirmary from October 1. 1894 to October 1. 1895. New York eye and ear infirmary Report. Vol. IV. Part 1. p. 55. — 42) Puech, Cataractes traumatiques. Recueil d'Ophtalm. 18. année. No. 8. p. 466. — 43) Rockliffe, Cataract extraction and gout. British med. Journ. No. 1851. p. 1503. — 44) Rogman (Gand), Colobomes du cristallin. Arch. d'Ophtalm. T. XVI. No. 5. p. 273. — 45) Rogmann, Contribution à l'étude des anomalies lenticulaires congénitales. Arch. d'Ophtalm. T. XVI. No. 10. p. 617. — 46) Sandfort, Arthur, Cataract extraction in an Albino. British med. Journal. No. 1869. p. 1231. — 47) Schön, Die Starkrankheit, ihre Ursache und Verhütung. Wien. klin. Rundschau. No. 19. 20. 21. 23. 24. 25. 26. 28. 29. 30. 31. — 48) Schreiber, Julius, Zur Lehre vom Schichtstar. Diss. Kiel. — 49) Schweinitz, G. de, Concerning the extraction of immature cataract, with the report of cases. Philadelphia Polyclinic. Vol. V. April 18. — 51) Story, John B. (Dublin), One hundred consecutive operations for senile cataract complicated and uncomplicated. Transactions of the royal Academy of Med. in Ireland. Vol. XIII. 1895. — 52) Taylor, Ch. B., The accidents of lens extraction. The Lancet. January 18. p. 158. — 53) Thomas, Wilhelm, Beitrag zur Lehre von der Cataracta diabetica. Inaugur.-

Dissert. Strassburg. — 54) Tretow, Otto, Zwei Fälle von Luxatio lentis congenita. Inaug.-Dissert. Kiel. — 55) Vignes, Retard de cicatrisation chez les opérés de cataracte. (Société d'ophtalmologie. Novembre.) Progrès méd. No. 48. p. 423. — 56) Walter, O. (Odessa), Zur Casuistik der operirten angebornen Stare. (Klinische Beobachtung.) Centralbl. f. pract. Augenhlkd. December. S. 364. — 57) Webster, David, Report of one hundred and eighteen cataract extractions. Manhattan Eye and Ear Hospital Reports. Jan. 1895. p. 21. — 58) Wecker, L. de, L'extraction de la cataracte en 1952. Ann. d'Oculist. T. CXV. Livr. 4. p. 275. — 59) Weeks, John E., A report of one hundred consecutive cases of cataract extraction. New York med. Journ. Vol. LXII. No. 5. (whole No. 870.) p. 137. — 60) Widmark, J., Ueber die operative Behandlung unreifer und partieller Stare. — 61) Wilson, F. M. (Bridgeport, Conn.), A third table of then thousand cataract extractions. Transactions of the Americ. Ophthalmological society. Thirty-first annual meeting. New London, Conn. 1895. p. 403. — 62) Wood, Casey A. (Chicago), The after-treatment of normal cataract-extraction, a lecture delivered at the post-graduate medical school. Therapeutic Gaz. Vol. XX. No. 2. p. 77.

J. da Gama Pinto (22) beschreibt, nachdem er über 193 Fälle von vorderer Discission des Nachstars und seine Behandlung derselben referirt hat, die von ihm seit Ende April 1893 geübte Methode der hinteren Discission, die er bis Ende verflossenen Jahres 133 mal ausgeführt hat.

De Schweinitz (49) theilt 12 mit Erfolg extrahirte Fälle von unreifem Star bei Pat. von 25—27 Jahren mit. Je nach der Lage des Falles gebraucht er die einfache und die combinirte Methode oder die mit vorher gemachter Iridectomie.

Egner (15) führt 11 Fälle von Ruptur der vorderen Linsenkapsel und 4 Fälle von Ruptur der hinteren Linsenkapsel bei Intactbleiben der äusseren Formhäute des Auges an, bespricht ihr klinisches Bild und ihren Verlauf und die Mechanik ihres Zustandekommens.

Abadie (1) giebt die Schuld an der der Cataractextraction zuweilen folgenden Hornhautinfiltration mit Offenbleiben der vorderen Kammer dem Anlegen eines der Colombomschenkel an die Hornhautwunde. Er giebt den Rath, die Linie des Limbus für die Hornhautincision streng innehalten.

Noyes (38) führt 5 Fälle von Blutungen nach Staroperationen an. Zwei davon hatten hochgradige Myopie. Verf. glaubt, dass die Blutung aus den Processus ciliares kommt, sie kann wenige Stunden bis mehrere Tage nach der Operation auftreten.

Fromaget et Cabannes (17) hatten zwei Augen untersucht, bei denen während der Cataractextraction eine tiefe, unstillbare Blutung zur Ausstossung des Augeninhaltes geführt hatte. Verf. fanden trotz sorgfältiger Untersuchung die Gefässwände der tiefen Augenhäute normal. Die Quelle der Blutung fand sich in der Chorioidea.

Nach Grosser (24) kann

1. die Ectopia lentis für sich allein vorkommen;
2. sie kann mit anderen Missbildungen des Auges, namentlich mit Corectopie, Aniridie, Colobom und Microphthalmus verbunden sein;
3. bei reiner Ectopia lentis, Ectopia lentis und Corectopie, Ectopie und Colobom befindet sich die Linse fertig ausgebildet in ihrer Kapsel; nur Zonula oder Ciliarkörper sind mangelhaft entwickelt. Die Verschiebung ist nur in der verticalen Ebene erfolgt;
4. bei Ectopie mit Microphthalmus oder Aniridie findet sich eine mehr oder weniger rudimentäre Linse vor; ohne Kapsel und Zonula mit scheinbarer Verschiebung nach hinten bei Microphthalmus, ohne Zonula mit scheinbarer seitlicher Verschiebung bei Aniridie;
5. die Ectopia lentis ist wohl immer doppelseitig, mit Ausnahme bei einseitigem Microphthalmus und einseitigem Colobom;
6. sie kann symmetrisch sein;
7. die Verschiebung nach unten spricht nicht gegen Ectopie, dagegen Vorfall der Linse in die vordere Kammer;
8. Accommodation ist nicht vorhanden; in 25 pCt. der Fälle besteht Myopie neben Hypermetropie.
9. von der spontanen Luxation unterscheidet sich die Ectopia lentis durch die völlige Unbeweglichkeit der Linse;

10a. die Ectopia lentis ist keine congenitale Luxation;

10b. von ihr ist die sogen. Freibeweglichkeit der Linse zu trennen (= congen. Luxation);

11. sie ist in letzter Linie auf Störungen oder Anomalien in der Entwicklung des Mesoderms zurückzuführen, wobei Hypertrophie desselben wesentlich ist;
12. die Ursache dieser anormalen Entwicklung und Hypertrophie ist ungewiss;
13. die Ectopia lentis kann vererbt sein.

Hirschberg (30) führt die Krankengeschichte dreier Fälle von sog. Schmutzstar — als solchen bezeichnet Autor die Fälle, in denen die frische Wunde durch stärkere Absonderung des Thränenschlauches oder auch der Bindehaut besudelt werden kann, — an und zeigt an denselben seine Methode der Behandlung.

Schreiber (48) erörtert die Frage der Progressivität dieses Leidens. 5 Fälle aus der Kinderklinik sprechen ihm für die Progressivität. Durch diesen Umstand wird der Erfolg einer etwa gemachten Iridectomie hinfällig. Deshalb hält Verfasser die Discission in den meisten Fällen für die beste Therapie.

Miles (35) theilt die Krankengeschichte einer Familie von 8 Kindern mit, von welchen 6 an Dislocationen beider Linsen litten. Die Mutter hat an Dislocation der Linse gelitten, 3 Brüder und 3 Schwestern hatten die Störung, während die beiden übrigen Geschwister von der Störung frei waren. Die Luxation hatte niemals direct nach oben stattgefunden.

Funke (19) bespricht die Geschichte der diabetischen Cataract und ihre Entstehung, veröffentlicht 7 bezw. 5 Fälle von diabetischer Cataract, die ihm zur Beobachtung gekommen sind. Zum anderen theilt er 119 Fälle von Cataract mit, bei denen 38 mal Albumen

im Urin nachgewiesen werden konnte und sucht die Behauptung Deutschmann's zu bekräftigen, dass Cataract auch durch chronische Nephritis hervorgerufen werden kann.

Gradenigo (23) löst, um die Extraction der Cataract sammt Kapsel zu vollführen, mit einem Schielhäkchen ähnlichen Haken nach Ausführung eines grossen Lappenschnittes die Zonula im ganzen Umfang ab und entbindet dann die Cataract mittelst eines grossen ringförmigen Löffels. Unter 25 Fällen glückte ihm 20 mal das Manöver, es resultirten völlig reine Pupillen. Bei 5 Fällen riss die Kapsel und verblieb im Auge, ohne den Operationserfolg zu beeinträchtigen. Glaskörpervorfälle sind nie eingetreten.

IX. Adnexe des Auges. Lider. Muskeln. Orbita. Thränenapparat.

1) Armaignac, Paralysie a répétition du muscle droit externe gauche survenant vingt cinq ans après une paralysie du muscle droit supérieur du même côté. Ann. d'oc. — 2) Ayres, Ophthalmoplegia externa complete with preservation of accomodation and activity of the pupil. Amer. Journ. of Ophth. — 3) Bach, Die Nerven der Lider beim Menschen. Arch. f. Augenheilk. — 4) Blanc, Anomalie de muscles de l'oeil. Soc. de biol. — 5) Bock, Zur Kenntniss der gesunden und kranken Thränendrüse. — 6) Bull, Vorläufiger Bericht über 12 Fälle von convergirendem Schielen mit den Endresultaten der Operation. Trans. Americ. ophth. soc. — 7) Bunzel, R., Ein Fall von Augenmuskellähmung im Anschluss an Polyarthritis subacuta. Prag. med. Wochenschr. April. — 8) Chabbert, Sur un cas d'ophthalmoplégie nucléaire transitoire. Ophthalmoplegie migraineuse. Thèse de Paris. — 9) van Duyse, Tuberculose attenuée des glandes lacrymales. Guérison spontanée. Arch. d'ophthalm. — 10) Edsall and Diller, A case exhibiting bilateral palsy of the superior rectus muscle, the iris and ciliary body with loss of power convergence. Ann. of Ophthalm. and Otol. — 11) Ewetzki, L'actinomykose des conduits lacrymaux. Arch. d'Ophthalm. XVI. 4. 209. — 12) Fuchs, E., Ueber Blepharochalasis (Erschlaffung der Lidhaut). Sep.-Abdr. aus der Wiener klin. Wochenschr. No. 7. — 13) Fütterer, Parese der Augenmuskeln, welche sichtbarer von den Mandeln ausgehender septischer Infection vorausging. Ann. of Ophth. and Otol. — 14) Galezowski, L'exostose du canal nasal comme cause de larmoiement et de son traitement. Rec. d'ophth. No. 2. — 15) Derselbe, Les différentes causes des affections lacrymales. Ann. d'ocul. CXV. p. 115. — 16) Gleue, Beitrag zur Lehre von den dynamischen Verhältnissen der Augenmuskeln. Dissert. Göttingen. — 17) Gourfein, D., Un cas de double ophtalmoplégie extérieure congénitale et héréditaire chez six membres de la même famille. Revue méd. de la Suisse rom. XVI. année. No. 12. p. 673. — 18) Grolmann, Die Erkrankungen der Thränenwege. Zeitschr. f. pract. Aerzte. — 19) v. Grosz, Ueber Elephantiasis palpebrarum. Szemeszet. No. 1. — 20) Guillery, Ueber die Amblyopie der Schielenden. Arch. f. Augenheilk. Bd. 33. S. 45. — 21) Hocqs, Pathogénie et traitement de l'ectropion non cicatriciel. Ann. d'ocul. CXV. p. 465. — 22) Javal, Manuel théorique et pratique du strabisme. Paris. — 23) Juda, M., Epithelioma palpebrae. Nederland. Oogheilk. Bydr. afl. 2. p. 48. — 24) Keber, Gummata der Augenlider. Amer. Journ. of Ophthalm. No. 5. — 25) Koster, Strabismus convergens artificialis. Neederld. Oogheelk. Byd. I. p. 7. — 26) Krieg, P., Ein Beitrag zu den angeborenen Beweglichkeitsdefecten der Augen. Dissert. Giessen. — 27) Kunn, Carl, Demonstration eines Falles von exteriorer Ophthalmoplegie. Wien. klin. Wochenschr. — 28) Lagleyze, Rare étiologie de strabisme paralytique. Clinique ophthalm. — 29) Laffay, Glandes lacrymales accessoires. Ann. d'ocul. CXVI. p. 137. — 30) Derselbe, Dacryocystite chronique: exstirpation complète des glandes lacrymales, orbitaire et palpébrale. Ibidem. — 31) Landolt, Observations cliniques sur le traitement chirurgical du strabisme. Arch d'ophth. — 32) Lubliner, L., Krankheiten der Thränenwege, bedingt durch Affectionen der Nasenhöhlen. Therapeutische Monatshefte. Decemb. — 33) Lutter, Beiträge zur Casuistik der luetischen Erkrankungen der Augenlider. Dissert. Kiel. — 34) Meyer, La vision binoculaire; sa perte et son rétablissement. Ann. d'ocul. CXV. p. 431. — 35) Nagel, Ueber compensatorische Raddrehungen der Augen. Zeitschr. f. Psych. u. Phys. d. Sinnesorg. — 36) Noyau, Over't. vernietrigen von den Traanzak by chronische Dacryocystitis. Neederland. oogheelk. Byd. I. — 37) Nicati, Opération de l'entropion cicatriciel pince hémostatique palpebrale à cremaillère; de lange chirurgical: curabilité de l'ophthalmie granuleuse. Ann. d'ocul. CVI. p. 348. — 38) Nonne und Beselin, Ueber Contractur und Lähmungszustände der exterioren und interioren Augenmuskeln bei Hysterie. Festschrift dem ärztl. Verein. Hamburg zum 80. Stift.-Fest gewidmet. — 39) Pacetti, Sulle paralisi funcionali dei muscoli oculari. Il Policlinica. — 40) Pacully, Beiträge zur Aetiologie der Augenmuskellähmungen. Diss. Rostock. — 41) Panas, De l'élongation des muscles oculaires dans le traitement du strabisme non paralytique. Arch. d'ophth. XVI. 1. p. 1. — 42) Parcuteau, Kystes et gommes des paupières. Rec. d'ophth. p. 538. — 43) Parinaud, M. H., Histoire du strabisme et de son traitement. Extrait des Ann. d'ocul. Decembre. — 44) Derselbe, La vision binoculaire. Am. d'ocul. T. CXV. 401. — 45) Pechin, Considérations sur le traitement operatoire de l'entropion cicatriciel à propos de deux procédés nouveaux. Arch. d'ophth. XVI. 5. — 46) Piccoli, Carcinoma del sacco lacrymale. Lavori della clinica ocul. di R. Univ. di Napoli. — 47) Smith Priestley, The ingleby lectures on the mechanism of binocular vision, and the causes of strabismus. The british med. journ. Juni 20. p. 1489. Juni 27. p. 1545. — 48) Raymond, Ophthalmoplégie externe bilateral consécutive à la rougeole. Nouvelle Iconogr. de la Salpetr. — 49) Reddingius, Verband tusschen den zoogenaanden strabismus convergens latens en accommodations parese. Tydschrift voor Geneeskunde. — 50) Ripault, Deux cas de larmoiment d'origine nasale. France med. — 51) Schiepan, Ueber Thränensackblennorrhoe und ihre Behandlung mit Hydrarg. oxycyanat. Dissertat. Greifswald. — 52) Schröder, Noch zwei Fälle von Actinomycose des Thränenröhrchens. Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde. — 54) De Schweinitz, Wiederkehrende Lähmungen des Oculomotorius mit Beschreibung eines Falles. Trans. amer. ophth. Soc. — 55) Silex, Ueber partielle isolirte Parese des Muscul. orbicul. palpebr. Arch. f. Augenheilk. — 56) Simon, P., Ueber traumatische Nuclearlähmungen der Augenmuskeln. Dissert. Greifswald. — 57) Stephenson, Supernumerary caruncula lacrymalis. Ophth. review. XV. 8. — 58) Stocker, Beitrag zur Casuistik der Enucleatio bulbi panophthalmitischer Augen. Corresp. Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 1. — 59) Taylor, Ch. B., A clinical lecture on squint up to date. The Lancet. Sept. 12. p. 734. — 60) Thomson, E., On an interesting anomaly of the ocular muscles; a clinical study. Lancet. May 23. p. 1421. — 61) Truc et Villart, Traitement de l'entropion et du trichiasis granuleuse de la paupière superieure par le tarso-

margino-plastie; resultats eloignés. Ann. d'ocul. CXI. p. 454. — 62) Türk, S., Ueber Retractionsbewegungen der Augen. Deutsch. med. Wochenschr. No. 13. — 63) Uhthoff, Ein weiterer Beitrag zur Blepharoplastik. Ebendas. — 64) Valude, Nouveau procédé d'avancement musculaire. Annal. d'ocul. — 65) Derselbe, Dacryoadénite a double aiguë. France med. — 66) Velhagen, Ein Fall von Primaraffect am oberen Lid. Zehender klin. Mon. Bl. f. Augenheilk. XXX. IV. p. 59. — 67) Vulpius, Behandlung der Thränennasenkanalstenosen: eine rhinologische Aufgabe. Deutsche med. Wochenschr. — 68) Zimmermann, Otto, Ein Beitrag zur Lehre von den associirten seitlichen Augenmuskellähmungen bei erhaltener Convergenz. Dissertat. Strassburg.

Juda (23) sah ein Epitheliom des Lides nach $^1/_2$ jährigen Gebrauch von täglich 6 mg Kali arsenic. völlig zurückgehen.

Stephenson (57) fand bei einem 14jähr. Mädchen einen kleinen Tumor auf der Conj. palp. hinter dem unteren Thränenpunkt, der histologisch die Structur der normalen Carunkel zeigte.

Bach (3) fand bei seinen neueren Untersuchungen über die Lidnerven des Menschen, dass der Lidrand mit Nerven äusserst reichlich versorgt ist gegenüber seinen früheren Befunden.

Fuchs (12) nennt Blepharochalasis eine Krankheit, deren Wesen besteht in einer Atrophie der Lidhaut des Oberlides mit Verdünnung und Elasticitätverlust und in Folge dessen Ausdehnung derselben; ferner in einer Atrophie oder wenigstens Erschlaffung des Unterhautzellgewebes. Die dabei zu findende Erweiterung der feinen Hautvenen, sowie den leichten Grad von Ptosis hält Verf. für eine secundäre Erscheinung.

Zimmermann (68) findet, dass bei Affectionen des Centrums der associirten Muskelbewegungen doch noch eine Differenz in der Contractionsfähigkeit der einzelnen Muskeln bestehen kann.

Nach Guillery (20) können bei der Schielamblyopie Peripherie wie Centrum in dem verschiedensten Maasse und in ganz wechselndem Verhältnisse beeinträchtigt sein. Wenn die periphere S. herabgesetzt war, war sie es in allen Fällen des Gesichtsfeldes gleichmässig, gar nicht selten aber erwies sie sich normal, trotz centraler Amblyopie.

Valude (64) empfiehlt bei der Vorlagerung die Sehne längs einzuschneiden und die Nähte so anzulegen, dass dieselben die Enden der Sehnen gabelförmig auseinanderziehen.

Pacully (40) stellt 290 in der Schölerschen Klinik beobachtete Fälle von Augenmuskellähmungen ihrer Aetiologie nach zusammen. In 218 Fällen waren die ätiol. Momente bekannt und zwar waren nach:

Lues	76	Diphtheritis . .	30
Tabes	46	Influenza . . .	4
Paral. progress. .	5	Parotitis epid. .	1
Multiple Scler. .	1	Alcoholism. chron.	2
Meningitis tub. .	2	Rheuma	5
Apoplexie . .	2	Trauma	20
Tumor cerebr. .	5	congenital . . .	15

Panas (41) dehnt vor der Schieloperation die zu durchtrennenden Sehnen ausgiebig und giebt dieser Methode den Vorzug vor der mit Vorlagerung combinirten Rücklagerung.

de Schweinitz (54) beschreibt einen Fall von recidiv. oculomot. Lähmung, und zwar im Alter von 4 Jahren mit Heilung nach 6 Wochen. Bis zum 4. Jahre verschiedene vorübergehende Lähmungserscheinungen im Anschluss an Neuralgien, dann permanente Divergenz mit gelegentlich auftretender Ptosis. Vom 28. Jahre ab endlich permanente Ptosis nach sehr heftiger Migräne.

Silex (55) beobachtete 3 Fälle von isolirter Lähmung des Muscul. orbic. palpebr.

An der Hand von 15 Fällen, theils aus der Litteratur, theils Eigenbeobachtung giebt Simon (56) die differentialdiagnostischen Merkmale für die verschiedenen Arten der Lähmungen. Orbitale und cerebrale (fasciculäre nucleare). Ursache fast aller von ihm angegebenen Nuclearlähmungen war Fall, Stoss oder Schlag auf das Hinterhaupt.

Nach Mittheilung zweier selbstbeobachteter Fälle von Retractionsbewegungen der Augen bespricht Türk (62) die Mechanik der Retractionsbewegungen und sucht festzustellen, dass Retractionsbewegungen durch die geraden Augenmuskeln dann hervorgerufen werden können, wenn sich an der dem die Retractionsbewegungen hervorrufenden Muskel engegengesetzten Seite des Bulbus ein für die intendirte Bewegung in Betracht kommender Fixationspunkt vorhanden ist.

Nach Landolt (31) ist die beiderseitige Vorlagerung der Doppeloperation auf einem Auge vorzuziehen wegen Erhaltung der Convergenzbreite, man kann durch dieselbe fast alle Schielgrade beseitigen.

Kunn (27) beschreibt einen Fall von asthenischer Ophthalmoplegie, in dem hoch- und geringgradige Ptosis wechselten, Convergenz bald möglich, bald unmöglich war und Strabismus mit normaler Stellung abwechselte.

Krieg (26) beobachtete einen Fall von congenitaler doppelseitiger Lähmung des Abducens und Trochlearis, verbunden mit Parese der übrigen Augenmuskeln, einseitiger Facialislähmung und congenitalen Bildungsanomalien der rechten Hand und des rechten Fusses.

Gleue (16) hält es für sehr wichtig bei asthenopischen und anderen derartigen Beschwerden die Gleichgewichtsverhältnisse sämmtlicher Muskeln zu untersuchen und Anomalien zu corrigiren.

Fütterer (13) beobachtete bei einem Fall von Tonsillitis Parese des rechten Externus, Aufhebung des Farbensinnes, Erweiterung der Netzhautvenen und Herabsetzung der Sehschärfe, die Erscheinungen gingen nach Beseitigung der Tonsillitis zurück.

Nonne und Beselin (38) beobachteten bei Hysterie isolirte Contracturen, sowie Lähmungen der äusseren und inneren Augenmuskeln.

In dem Fall von Ayres (2) bestand vollständige äussere Ophthalmoplegie bei Erhaltung der Kraft der Iris- und des Ciliarmuskels.

Bull (6) giebt an der Hand von 12 Fällen von Strab. converg. die für jeden einzelnen Fall zu wählende Operationsmethode.

Bunzel (7) bespricht einen Fall von Lähmung

der Augenmuskeln bei Polyarthritis und nimmt als Ursache derselben entweder Embolisirung eines Gefässes am Boden des Aquaeductus oder circumscripte seröse Exsudation in die Meningen an.

Edsall und Diller (10) sahen 4 Jahre nach einem Fall auf den Kopf vollständige Lähmung der beiden Muscul. recti sup. verbunden mit Schwäche der Interni neben anderen cerebralen Symptomen.

Vulpius (67) behandelt Thränennasencanalstenosen und Eiterungen nach vorhergegangener Eröffnung, bezw. Erweiterung mittelst Weber'schen Messers durch Einlegung einer für jeden Fall eigens zurecht gebogenen Silbersonde, die Wochen und Monate liegen bleiben kann, mit gutem Erfolg.

Noyau (36) schneidet die Haut des erweiterten Thränensacks ein, verlängert den Schnitt nach oben und unten, callöse Fisteln werden umschnitten. Die Schleimhaut des Sackes wird cauterisirt und mit Jodoformgaze tamponirt.

Laffay (29) fand nach Exstirpation der entzündeten Thränendrüse eine accessorische Thränendrüse am inneren oberen Ende des Oberlids.

Bei der Therapie der Thränensackserkrankungen kommen nach Grolmann (18) zunächst Schlitzung und möglichst ausgiebige Eröffnung des Sackes verbunden mit häufigen Waschungen des inneren Lidwinkels in Betracht; sodann eignen sich Fälle mit erweitertem Thränensack und gutartiger Eiterung zur Behandlung mit der Spritze, eventuell Sonde. Lange dauernde Sondenbehandlung ist zu verwerfen, an ihre Stelle tritt die Exstirpation des Sackes, als deren beste Methode die Ausschälung mit Messer und Scheere zu wählen ist.

Bock (5) kommt auf Grund anatomischer und klinischer Untersuchungen zu den Schlüssen, dass die Grössenverhältnisse der Thränendrüse grossen Schwankungen unterworfen sind, dass Entzündungen meist im Anschluss an andere Augen-, namentlich Bindehauterkrankungen, doch auch an Allgemeinerkrankungen auftreten.

Schliesslich, dass die Innervationsverhältnisse nach anatomischen und klinischen Untersuchungen nicht übereinstimmen.

Van Duyse (9) beobachtete einen Fall von Tuberculose der Thränendrüse, der nach Gebrauch von Jodkali in Heilung ausging.

X. Refraction und Accomodation.

1) Henderson, F. L., Ein Fall von erworbenem regulärem cornealem Astigmatismus. Annal. of Ophthalm. a. Otol. July. — 2) Hess, Arbeiten aus dem Gebiet der Accomodationslehre. A. v. Gräfe's Archiv f. Ophth. XL. II. 1. S. 40. — 3) Lohnstein, Zur Gläserbehandlung des unregelmässigen Hornhautastigmatismus. — 4) Moll, Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. 150 Fälle von postdiphtheritischer Accommodations-Lähmung. Centr.-Blatt f. pract. Augenheilkunde. — 5) Pflüger, De la correction opératoire de la myopie forte. Clinique ophthalm. II. 6. p. 73. — 6) Derselbe, Traitement opératoire de l'astigmatismus. Ann. d'Ocul. CXV. p. 460. — 7) Reddingius, Iris tremulans bei sterke accommodatie. Nederlandsche Oogheelkundige Bydragen. I. p. 19. — 8) Derselbe, Verband tusschen den zoogenaamden strabismus convergens latens en accommodatie-parese. Weekblad van het Nederl. Tydschr. voor Geneesk. No. 12. — 9) Ribbing, S. G. L., Probirbrille für Refractions- und Sehschärfebestimmungen. — 10) Stadfeldt, A. E., Die Veränderung der Linse bei Fraction der Zonula. Kl. M. S. 429. — 11) Wolff, J., Ist die Inzucht ein Factor in der Genese der deletären Myopie? Arch. f. Augenheilk. Bd. 33. S. 63. — 12) Willführ, Ein Beitrag zur Erblichkeitsstatistik der Myopie. Diss. Kiel.

Nach Pflüger (5) sind bei starker Myopie vor und nach der Discission der durchsichtigen Linse die Abweichungen zwischen der berechneten und der effectiv erhaltenen Refractionsverminderung, wenn man die Hornhautkrümmung in Betracht zieht, gering.

Nach Willführ (12) ist, weil stets, selbst bei der sorgfältigsten Anamnese der Myopie doch immer noch eine Reihe von Fällen als „nicht erblich" registrirt werden und registrirt werden müssen, die in Wahrheit doch ererbt sind, die Anschauung Herrn Geh.-Rath von Völkers gerechtfertigt, dass nämlich dio Heredität so häufig ist, wie es selbst die beste Statistik nicht vermuthen lässt.

Nach Stadfeldt (10) nimmt die Veränderung in der Refraction nach der Extraction der Linse zu, je höher die Myopie ist und dies ohne dass die Linse ihren optischen Werth verändert; sie ist immer ca. = + 16,0 Dioptrien.

Nach C. Hess (2) ist das Vorkommen einer partiellen Contraction des Ciliarmuskels durch die bisher bekannt gewordenen Angaben verschiedener Forscher nicht erwiesen, da mehrere Fehlerquellen nicht berücksichtigt sind. Von diesen ist die wichtigste, dass meistens die Lesbarkeit einer Druckschrift fälschlich als Beweis für die genaue Einstellung des Auges auf diese angesehen wird, während sie doch unter Umständen noch mit beträchtlichen Zerstreuungskreisen gelesen werden kann. Auch die Vernachlässigung des Pupillenspieles und des Wechsels der Lidspaltenweite hat zu merklichen Fehlern geführt. Die von Hess untersuchten Astigmatiker und die künstlich astigmatisch gemachten Emmetropen stellten zum Zweck deutlichsten Sehens beim Lesen stets auffallend genau auf den Brennkreis ein. Die Verzerrung der Buchstaben ist hier verschwindend, der mittlere dioptrische Fehler, mit welchem ihre einzelnen Theile gesehen werden, am kleinsten, die Lesbarkeit der Schrift ist hier am grössten.

Die herrschende Ansicht, dass die Astigmatiker immer auf eine Brennlinie einstellen müssten, ist damit widerlegt. Bei keiner der von Hess untersuchten emmetropischen und astigmatischen 23 Personen, unter welchen Repräsentanten aller wichtigeren Refractionsanomalien sich fanden, liess sich eine nennenswerthe Contraction des Ciliarmuskels nachweisen, trotzdem er günstigere Versuchsbedingungen zu ihrer Entwickelung geschaffen hatte, als dies bisher bei den hierauf gerichteten Untersuchungen geschehen war.

Der von Lohnstein (3) beschriebene Apparat besteht aus einem Eingiessrohr, in welches vermittelst eines mit capillarem Ende versehenen Trichterchens

physiologische Kochsalzlösung gegossen wird. Ein kleiner Stöpsel aus Ebenholz dient nach erfolgter Eingiessung der Flüssigkeit zum Verschluss des Röhrchens. Der Rand besteht aus einem passend befestigten Hohlrohr aus Weichgummi und ermöglicht einen völlig wasserdichten Abschluss. Getragen wird der Apparat am Kopfe durch zwei Bänder, die an der Protuberantia occipitalis durch einen hinreichend angezogenen Knoten oder eine Schleife vereinigt werden.

Mit dem Apparate hatte L. bei mässiger Beleuchtung für Nähe und Ferne eine Sehschärfe von $^2/_3$, bei guter Beleuchtung volle Sehschärfe. Irgend welchen Nachtheil für sein Auge hatte L. bisher nicht gemerkt.

Nach J. Wolff (11) ist die deletäre Myopie unter die krankhaften Organentartungen zu rechnen, welche an Individuen zum Vorschein kommen, die aus Verwandtenehen stammen.

XI. Verletzungen und Parasiten.

1) Asmus, Eduard, Fremdkörper in der Horn- und Bindehaut. — 2) Baudry, Etude medico-légale sur les traumatismes de l'oeil. Lille. — 3) Denig, Experimentelle Untersuchungen über ein bisher unbekanntes Verhalten von Fremdkörpern in der vorderen Kammer. Sitz.-Berichte der Würzburger Physik. med. Gesellschaft. — 4) Fischer, W. A., Foreign bodies in the interior of the eye. Medical Record. Aug. p. 281. — 5) Franke, Demonstration eines Falles von pulsirendem Exophthalmus. Deutsche med. Wochenschr. — 6) Heldmann, Rudolf, Ein Fall von Cysticercus subretinalis unter dem Bilde eines intraocularen Tumors. (Zugleich mit anatom. Befund.) Dissert. Halle. — 7) Hoor, Ein Kupfersplitter in der Gegend des Ciliarkörpers. Wien. med. Wochenschr. No. 34. (Nach 2 Mon. durch Absced. eliminirt. Heilung.) — 8) Hoppe, Die Verletzung der Augen im Baugewerbe. Kl. M. S. 71. — 9) Norman-Hansen, C., Eine Schussläsion durch die Orbita. — 10) Derselbe, Ueber Conjunctivalplastik bei Wunden der Ciliargegend. Centralbl. f. pr. Augenheilk. XX. Jahrg. Decemb. — 11) Ovio, Sulla penetrazione di pallini da schioppo nel bulbo oculare. Ann. di Ottalm. Bd. XXV. 1. p. 68. — 12) Pergens, Ed., Fall von doppeltem Cysticercus in einem Auge. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. December. — 13) Rodewald, 3 Fälle von Bissverletzungen des Auges. Diss. Kiel. — 14) Salzer, F., Experimentelle Untersuchungen über die Spontanperforation an der Sclero-Cornealgrenze nach Einführung aseptischer Stoffe in die vordere Kammer. A. v. Gräfe's Arch. f. Ophthalm. Bd. XL. 2. — 15) Senfft, Ueber Verletzungen der Sclera. Diss. Kiel. — 16) Willgeroth, Beitrag zur Kenntniss der subconj. Bulbusrupturen. Diss. Jena. — 17) Vossius, A., Drei Fälle schwerer Hornhautverletzung geheilt mit Erhaltung des Bulbus und Sehvermögens. Beitr. z. Augenheilk. XXV. Heft. S. 115.

Ovio (11) fand, dass die Schrotkörner durch den Schuss vollständig aseptisch werden, mit Ausnahme derjenigen, die mit Milzbrandsporen beschmutzt werden. Eine Einkapselung hat er nie beobachtet.

In Pergen's Fall (12) waren im linken Auge ophthalmoscopisch zwei Cysticercusblasen von Taenia inermis im Fundus oculi zu sehen. Ausgang in Glaskörpertrübung, Netzhautablösung, Amaurose.

Heldmann's Fall (6) ist dadurch interessant, dass bei der klinischen Beobachtung schon bei Tageslicht durch die völlig klaren Medien ein hellgelber Reflex aus dem Augeninnern auffiel, der von der bis zur Ora serrata abgehobenen Netzhaut herrührte, die wie durch einen Tumor bis zum hinteren Linsenpol vorgewölbt war. Dazu kamen noch als diagnostisch verwerthbare Zeichen eine wenn auch geringe, so doch zweifellose Spannungserhöhung, mässige ciliare Injection und reiche Vascularisation in der abgehobenen Netzhaut, ein Symptomencomplex, der das Bestehen eines intraocularen Tumors, eines Sarcoms wahrscheinlich machte. Der gestellten Diagnose entsprechend wurde das erkrankte Auge sofort enucleirt.

Die Section des entfernten Bulbus hat dagegen als Urheber jenes Krankheitsbildes einen grossen Cysticercus subretinalis ergeben, der von einem dichten zum Theil eitrigen Granulationsgewebe umgeben hinter der nach ihrer Abhebung bindegewebig entarteten, neu vascularisirten Netzhaut gelegen war und eine starke plastische und exsudative Chorioiditis hervorgerufen hatte.

Nach Hoppe (8) ist die Erwerbsbeschädigung der Einäugigen vielfach erheblich geringer als man sie zu schätzen gewohnt ist. Ein Berufswechsel hat an diesem Schaden aber so gut wie keinen Antheil.

Normann-Hansen (9) empfiehlt bei frischen Wunden, wo kein Fremdkörper eingedrungen ist — bei Ruptura sclerae oder Streifschusswunden die Conjunctiva über der Wunde nach einfacher Lockerung des subconjunctivalen Gewebes wie bei einer Schieloperation zu vernähen. Wo die Linse bei der Verletzung zerstört ist und Linsenmassen zwischen den Wundrändern hervordringen, mache man sogleich Extraction und nachdem vernähe man die Conjunctiva über der Wunde. Bei nicht ganz frischen Wunden, die der Infection verdächtig sind, vernähe man die Conjunctiva secundär, nachdem man die Wunde mit dem Galvanocauter leichter oder tiefer cauterisirt hat.

In den Fällen von Vossius (17) erfolgte einmal die Einheilung ohne Befestigung in loco durch eine feine Seidensutur, während zweimal spontan die Einlegung des Lappens in den Defect ohne Sutur nicht zu bewerkstelligen war.

Franke (5) versuchte bei einem durch Sturz vom Wagen veranlassten pulsirenden Exophth. vergeblich die Heilung durch Compression der Carotis.

[Gepner, B. R. jun., Ueber metallische Fremdkörper im Auge. Medycyna. No. 37—40. (Eine fleissige Monographie.) **Trzebicky** (Krakau).

1) Rumszewicz, K., Ueber cystoide Neubildungen in der Augapfelbindehaut. Przegl. lekarski. No. 28 bis 30. (Eine genaue Beschreibung einer congenitalen Subconjunctivalcyste.) — 2) Mutermilch, J., Ueber die Bedeutung der Atropineinträufelung vor der Cataract-Operation. Gazeta lekarska. No. 9. — 3) Laugie, A., Einige Bemerkungen über die Cornealnaht bei der senilen Staaroperation. Przegl. lekarski. No. 19. 21. 22. — 4) Rumszewicz, K., Ueber das Glaucom nach den Staaroperationen. Ibidem. No. 4. 6. 8. 9. 10. 15 bis 18. — 5) Derselbe, Ein Beitrag zur Oncologie der Lider. Ibid. No. 43—45. — 6) Strzeminski, J., Die in der 2. Generation in Folge der hereditären

Syphilis hervortretenden Augenerkrankungen. Gazeta lekarska. No. 49. — 7) Dogiel, J., Neue Untersuchungen über die Betheiligung der Nerven bei den Grössenveränderungen der Pupillen. Ibid. No. 39. — 8) Talko, J., Melanitis aequatorialis (?) congenita conjunctivae. Nowiny lekarskie. No. 5. — 9) Strzeminski, J., Das Augenleiden bei Akromegalie. Ibid. No. 11. — 10) Chlapowski, Mydriasis transitoria unilateralis bei Krankheiten des Verdauungstractus. Ibidem. No. 12. — 11) Sroczynski, F., Vicariirendes Schielen bei Augenmuskellähmungen. Ibid. No. 3. — 12) Gepner, B. jun., Ueber die Behandlung höherer Grade von Kurzsichtigkeit. Medycyna. No. 30. (Eine Darstellung des bekannten Operationsverfahrens von Fukala, nebst Beschreibung zweier nach dieser Methode mit dem besten Erfolg operirter Fälle von hochgradiger Kurzsichtigkeit.) — 13) Strzeminski, J., Ein Fall von croupöser Bindehautentzündung. Kronika lekarska. No. 6. (Behandlung einer croupösen Conjunctivitis bei einem $1\frac{1}{2}$jährigen Kinde mit Seruminjection mit gutem Erfolge.) — 14) Cetnarowicz, S., Ein Fall von Blatterngeschwüren der Bindehaut mit Complicationen seitens der Hornhaut. Ibidem. No. 9. — 15) Garlinski, W., Ein Fall von diphtheritischer Bindehautentzündung. Ibid. No. 14. — 16) Wicherkiewicz, B., Ein Beitrag zur Aetiologie und Therapie des Glaucoms. Nowiny lekarskie. No. 2. — 17) Rumszewicz, K., Ein Beitrag zur Pathologie des Ectropion luxurians. palp. inferioris. Ibid. No. 3. — 18) Kramsztyk, S., Die Methoden der objectiven Refractionsbestimmung. Ibid. (Eine kurze Darstellung der bekannten Methoden der objectiven Refractionsbestimmung mit besonderer Berücksichtigung der Skiascopie.) — 19) Kamocki, W., Ueber plastische Operationen an den Lidrändern. Ibid. — 20) Gepner, B. R., Zwei Fälle von Glaucom bei jungen Individuen. Ibid. — 21) Talko, J., Melanosis sclerae congenita neben einer Melanose der Pia und der Gehirnsubstanz derselben Seite. Ibid. — 22) Burbo, B., Exenteratio bulbi. Ibid. No. 5. 6. (Mittheilung von 24 an Wicherkiewicz's Posener Klinik in den Jahren 1891—96 ausgeführten Enucleationen des Augapfels.) — 23) Talko, J., Melanosis conjunctivae hypertrophica. Ibidem. No. 8. 9.

Mutermilch (2), ein grosser Anhänger einer mehrtägigen Atropinisation des Auges vor der Ausführung einer Staarextraction sieht in diesem Verfahren folgende Vortheile:

1. Es ermöglicht eine genaue Besichtigung des Staares und erleichtert die Entfernung der Linsencapsel. Die vorher erweiterte Pupille verengt sich maximal erst nach der Expulsion der Linse.
2. Es verhütet die Bildung von Verlöthungen der Iris mit den Linsenresten und erleichtert die Resorption desselben.
3. Am nächsten Tage nach der Operation fängt sich die Pupille von selbst wiederum an zu verengern.
4. Es hindert die Entzündungserscheinungen und verhindert den Vorfall der Iris aus der Wunde.

In 4 Fällen, in welchen ein bedeutender Glaskörperverlust und eine Umstülpung des Hornhautlappens bestand, wurde entweder gleich nach der Operation oder in den nächstfolgenden Tagen eine Corneoscleralnaht mit dem besten Erfolge angelegt. Indem Laugie (3) sich gegen die systematische Anwendung dieses Verfahrens ausspricht, sieht er in demselben ein werthvolles Mittel um Glaskörperverlusten vorzubeugen.

Eine fleissige, mit genauer Berücksichtigung der Litteratur verfasste Arbeit. Rumszewicz (4) theilt 2 eigene Fälle mit, in welchen das Glaucom einer Staarextraction, sowie einen, wo es der Discission eines Secundär-Staares gefolgt war.

Derselbe (5) giebt die Resultate der microscopischen Untersuchung:

1. eines 3 mm hohen Granuloms der Augapfelbindehaut, in dessen Mitte sich ein Stückchen einer Metallcapsel befand;
2. einer aus der Plica sem. ausgehenden polypenähnlichen Neubildung, die sich als ein stark vascularisirtes Papillom erwies;
3. eines im oberen Fornix stehenden polypenähnlichen Fibroms;
4. eines Talgdrüsenadenoms der Haut des oberen Lides und
5. eines cavernösen Angioms des oberen Lides.

Strzeminski (6) constatirte bei den 12- und 9jährigen Kindern eines mit hereditärer Lues behafteten Mannes eine parenchymatöse Hornhautentzündung, Trübungen im Glaskörper, Chorioiditis und Neuritis optica, welche alle einer antiluetischen Therapie wichen.

Dogiel (7) hat im Jahre 1893 constatirt, dass bei der electrischen Reizung (Inductionsstrom) des centralen Endes des Halssympathicus der einen Seite bei Katzen und Hunden eine Erweiterung der Pupille auf der Seite der Reizung und eine Vergrösserung derselben auf der anderen eintritt.

Jetzt hat er seine Versuche wiederholt und gelangte zu folgenden Schlüssen:

1. Bei electrischer Reizung des Halssympathicus der einen Seite bei offengehaltenen beiden Augen entsteht auf der Seite der Reizung eine Erweiterung und auf der anderen eine Verengerung der Pupille.
2. Wenn bei diesen Experimenten das auf der Seite der Reizung sich befindende Auge geschlossen wird, bekommt man auf dem zweiten offenen Auge auch eine Verengerung der Pupille, die jedoch viel langsamer erfolgt als bei offenen beiden Augen.

Durch die electrische Reizung des Halssympathicus der einen Seite, entsteht also nach Verf.: eine Mydriasis auf derselben Seite und 2. eine Miosis auf der Anderen; dieselbe ist als Ausdruck einer starken Reizung des Sehnerven sowohl durch eine grosse Menge einfallenden Lichtes als auch durch den Inductionsstrom zu betrachten.

Bei einem zum Stamme der Somali (Afrika) gehörenden und einem Dahomeher fand Talko (8) die Bindehaut der Lider und theilweise auch die Bulbusconjunctiva dunkel-braun gefärbt.

Strzeminski (9) berichtet über 3 Fälle von Akromegalie, welche mit Atrophie beider Sehnerven bezw. Neuritis optica complicirt waren. Entsprechend der Erkrankung des Sehnerven war auch das Gesichtsfeld eingeengt.

Chlapowski (10) beobachtete öfter bei Patienten, die er wegen eines chronischen Magen- und Intestinalleidens in Kissingen behandelte, das Hervortreten einer einseitigen vorübergehenden Mydriasis. — Mit dem Besserwerden des Intestinalleidens verschwand auch die Mydriasis, bei einer Verschlimmerung desselben trat sie von Neuem hervor. Verf. betrachtet dieselbe als Folge einer Autointoxication durch die Zersetzungsproducte kranken Verdauungsinhalts.

Bei einem seit längerer Zeit an totaler Lähmung des linken Abducens leidenden Patienten entwickelte sich nach Sroczynski (11) mit der Zeit eine Contractur des rechten Internus, in Folge deren das rechte Auge stabil nach Innen schielte. Da die Sehschärfe des rechten Auges wegen einer einfachen Sehnervenatrophie bis auf $^6/_{36}$ herabgesetzt war und die Sehschärfe des linken $^6/_6$ betrug, ist Verf. der Ansicht, dass die im Interesse des deutlichen Sehens mit dem sehschärferen linken Auge nothwendige stärkere Innervation des gelähmten linken Abducens sich auch auf den Rectus internus dexter vertheilend eine Contractur

des Letzteren hervorgerufen hatte. Die am Abducens sinister ausgeführte Vornähung verbunden mit einer Tenotomie des linken Internus brachte das Schielen des rechten Auges zum Schwinden.

Nach Cetnarowicz (14) entwickelten sich bei einer Frau, die mit ihrem an Blattern erkranktem Kinde zusammen im Bette geschlafen hatte, am freien Rande beider rechten Augenlider sowie an der Conjunctiva bulbi desselben Auges mehrere linsengrosse z. Th. exulcerirte Knötchen. Die Körpertemperatur war dabei erhöht. Nach 3 Wochen, als die Geschwüre bereits in Heilung begriffen waren, bildete sich an der unteren Hälfte der Cornea ein Geschwür mit Hypopyon. Bei entsprechender Behandlung erfolgte complete Heilung ohne Hinterlassung irgend welcher Folgen.

Garlinski (15). Diphtheritis conjunctivae bei einem 5jährigen Kinde (constatirt durch bacteriologische Untersuchung) behandelt mittelst Behring'scher Injection. 44 Stunden nach der Injection waren alle Infiltrationssymptome geschwunden und bloss ein blenorrhoisches Stadium vorhanden, das anstandslos heilte.

Wicherkiewicz (16) führt unter den das Entstehen von Glaucom begünstigenden Momenten u. A. auch Syphilis und Hysterie an und empfiehlt für solche Fälle neben rein localer Therapie auch noch die Behandlung des Grundleidens.

Rumszewicz (17) fand in 3 Fällen von ectropionirtem unterem Lide (1. nach einer subcutanen Entzündung des orbitalen Bindegewebes, 2. nach einer chronischen eitrigen Bindehautentzündung) eine starke Verdickung der Bindehaut, hervorgerufen durch diffuse Hypertrophie des adenoiden Gewebes der Conjunctiva im Bereiche des orbitalen Knorpelrandes und der Uebergangsfalte.

Kamocki (19) sah in vorgeschrittenen Fällen von Trichiasis keine Verbesserung des Zustandes nach der Jäsche-Arlt'schen Operation mit Transplantation von stiellosem Hautlappen. Der Lappen behält seine anatomische Stuctur und wird nicht der Schleimhaut ähnlich. Die Epidermis sammelt sich in grösseren weissen, breiigen Massen an demselben und ruft dieselben Reizerscheinungen hervor wie die einwärtsgekehrten Cilien. In einem Falle wurde Verfasser gezwungen, den vor 18 Monaten transplantirten Hautlappen zu excidiren und durch einen Mundschleimhautlappen zu ersetzen. Verfasser schlägt also vor, in schwereren Fällen von Trichiasis nur Schleimhautlappen zu transplantiren und die Hautlappentransplantation nur auf die leichten Fälle zu beschränken.

Bei zwei Zwillingsschwestern im 24. Lebensjahre entwickelte sich nach Gepner (20) am rechten Auge ein subacutes Glaucom, das trotz einer regelrechten Behandlung eine Herabsetzung der Sehschärfe bis zum Erkennen von Handbewegungen zur Folge hatte.

Bei der Section eines an Melancholia passiva gestorbenen Soldaten fand Talko (21) die Sclera des rechten Auges dunkel, stellenweise auch schwarz verfärbt. Nur an der oberen und unteren Fläche am Aequator bulbi befanden sich kleine normal gefärbte Stellen. Die microscopische Untersuchung erwies eine Ansammlung einer dünnen Lage schwarzen Pigmentes unter der oberflächlichen normalen Schichte der Sclera. Das linke Auge normal. Die untere Fläche des linken und in kleinerem Grade auch des rechten Stirnlappens war ebenfalls dunkelgrau gefärbt. Das Pigment war vorzugsweise in der Pia mater vertheilt, befand sich jedoch am linken Lappen auch in der benachbarten grauen und weissen Gehirnsubstanz stellenweise ziemlich weit in das Innere des Gehirns reichend.

Talko (23) berichtet: Bei einem 22jährigen an Cicatrices conjunctivae post trachoma leidenden und sonst gesunden Soldaten entwickelte sich in der Haut der äusseren Hälfte und in der Tarsalbindehaut beider Lider am linken Auge eine massenhafte Ansammlung eines schwarzen Pigmentes, in Form von wenig prominenten Flecken. Die Neubildung wurde exstirpirt und der Defect plastisch gedeckt. Die Untersuchung der excidirten Stücke erwies eine Hypertrophie des Stroma mit massenhafter Ansammlung eines schwarzen Pigmentes in demselben. **Marcisiewicz** (Krakau).

1) Müller Rée, O., Untersuchung des Auges mittelst eines leuchtenden Punktes. Dissert. Kopenhagen. 147 pp. Mit 61 Taf. — 2) Norrie, Gordon, Ueber Erblichkeit des grauen Staares. Ugeskrift for Laeger. p. 937.

Müller Rée (1) hat das Auge in der Weise untersucht, dass der Patient einen leuchtenden Punkt betrachtete und ein Bild von der Figur, welche der Punkt ihm darbot, zeichnete. Er studirte in dieser Weise die verschiedenen Formen von Astigmatismus, indem der Punkt selbst bei sehr geringen Graden von Astigmatismus oval erscheint. In den Tafeln finden sich viele verschiedene Bilder des Punktes bei verschiedenen Patienten in verschiedenen Distancen, und Verf. sucht die Unregelmässigkeiten der Brechung des Auges durch diese Bilder zu erklären. Die Methode ist jedoch sehr von der Wahrnehmungsfähigkeit und Zeichnungsfähigkeit der Patienten abhängig, denn er muss, was er sieht, 10—20 mal vergrössert zeichnen.

Norrie (2) erwähnt zwei Familien, welche er beinahe 100 Jahre zurück verfolgen kann.

In der einen Familie fanden sich im vorigen Jahrhundert drei Schwestern, welche wahrscheinlich alle sehend waren. Die Descendenten der einen waren alle gesund, aber unter den Descendenten der beiden anderen fanden sich wenigstens 30 mit Cataracta stratiformis. In der ersten Generation 3, in der zweiten 10, in der dritten 16, in der vierten bis jetzt 1. Der älteste von den Blinden war 1798 geboren. Bei mehreren war der Staar so gering, dass sie recht gut sahen, und es ist daher wahrscheinlich, dass noch mehrere mit Staar behaftet waren, aber in so geringem Grade, dass sie keinen Augenarzt aufsuchten. Die Cataract scheint in dieser Familie erst im vierten Lebensjahre zu entstehen, und es ist deshalb interessant, dass nicht weniger als 33 als Kinder gestorben sind, beinahe alle vor dem vierten Jahre.

In der anderen Familie fand sich mit Staar in der ersten Generation 1, in der zweiten 2 unter 2 Personen, in der dritten 4 unter 5, in der vierten 13 unter 15 (der eine Fall jedoch zweifelhaft), in der fünften 20 (4 zweifelhaft) unter 46 Personen — in allem fand sich Staar bei 40 unter 69. Die Patienten, welche Verf. untersucht hat, waren alle mit Schichtstaar behaftet, aber die älteren sind schon von Dr. Giersing (1878) besprochen, und nach ihm wurde das Sehen in der ersten Generation erst im hohen Alter geschwächt, in der zweiten Generation im Alter von 40 Jahren, in der dritten im Alter von 30 Jahren, in der vierten schon vor dem siebenten Jahre.

G. Norrie (Kopenhagen).]

1) Ahlström, Gustav, Beobachtungen über die Entwickelung des Sehvermögens bei einem mit gutem Erfolg operirten neunjährigen blind geborenen Mädchen. Hygiea. LVIII. 5. p. 380—390. — 2) Widmark, Johann, Ueber die Behandlung unreifer und partieller Staare. Ibid. LVIII. 11. p. 460—514. — 3) Allard, H., Eine Methode für die Behandlung der Obliteration der nasalen Mündung des Thränenganges. Upsala

läkareföreningsförhandlingar. Neue Reihe. Band I. H. 6 u. 7. p. 311—320. — 4) Welander, E., Einige Fälle von Augenblennorrhoe bei Erwachsenen. Hygiea. LVIII. 9. Svenska läkaresällskapets förhandlingar. 11. Aug. p. 79—84. — 5) Holmgreen, Frithiof, Ueber den Farbensinn in gewissen Theilen der Netzhaut. Upsala läkareföreningsförhandlingar. Neue Reihe. Bd. I. H. 8. p. 485—488. — 6) Ribbing, S. G. L., Brillengestell bei Bestimmung von Refraction und Sehschärfe. Hygiea. LVIII. H. 8. p. 125—134.

Ahlström (1) berichtet: Die Linsen waren im Grossen und Ganzen verdunkelt, von stark weissgelber, diffuser Färbung; die vordere Kapsel normal. Sehr lebhafter, horizontaler Nystagmus mit mittelmässigen Excursionen, welche Bewegungen associirt waren. Ausserdem, besonders wenn ihre Aufmerksamkeit im höchsten Grade in Anspruch genommen wurde, eine langsame Rotation der Augäpfel bald nach dieser, bald nach jener Seite, wobei jedes Auge, wie es schien, seine Bewegungen vollkommen unabhängig vom anderen ausführte. S = quantitative Lichtperception. Tastsinn in ausserordentlich hohem Grade entwickelt; dahingegen fiel es ihr schwer zu verstehen, welcher von mehreren gleichzeitig überreichten Gegenständen länger oder dicker als die übrigen war. Linearextraction mit Lanze. Die Cataract bestand im Ganzen genommen aus einer dünnflüssigen, milchigen Flülsigkeit, welche beim Oeffnen der Kapsel sogleich herausrann. Der Augenboden zeigte eine gewisse Armuth an Pigment. Bei Anwendung der Tabelle von Lotz für Nichtleser war S. anfangs ungefähr $^3/_{60}$ und bei der letzten Untersuchung ungefähr $^6/_{24}$. Anfangs sehr starke Lichtscheu. Sie erkannte unter Anwendung des Gesichtssinnes keineswegs Gegenstände, welche sie früher mit dem Tastsinne leicht aufzufassen vermocht hatte. Geometrische Figuren, wie Vierecke und runde Scheiben von Papier erlernte sie sehr bald zu unterscheiden und benennen. Dahingegen bot ihr sichtbarlich die Auffassung der stereometrischen Figuren grosse Schwierigkeiten und war sie noch nach $3^1/_2$ Monaten etwas unsicher in dergleichen Aufgaben, gerade wie in der Beurtheilung der Distanzen. Anfangs konnte sie nicht beurtheilen, welcher von zwei oder mehreren gleichzeitig vorgezeigten Gegenständen der grösste war, auch nach zwei Monaten schien ihr die nächste von zwei gerade unter eben so grossem Gesichtswinkel gelegten Pappeschnitten die grössere zu sein. Auch Farben hatte sie anfangs Schwierigkeiten aufzufassen. Nach einer Woche hatte sie gelernt, die mehr gesättigten Farben richtig zu benennen. Bei der letzten Untersuchung konnte sie alle Farben mit Leichtigkeit erkennen, aber mit der Holmgren'schen Probe beging sie jedoch noch immer Verwechselungen mit der grünen Farbe. Die Anzahl überreichter Gegenstände zu zählen war anfangs für die Pat. nicht leicht, auch nach zwei Monaten zeigte sie in dieser Beziehung grosse Unsicherheit. In Betreff des Nystagmus verminderte sich nachher sowohl der Grad der Excursionen als auch ihre Lebhaftigkeit, und die eigenthümlichen Rotationen der Augäpfel wurden immer seltener und hörten allmälig ganz auf. Im Ganzen trat nach der Operation ein ausgeprägteres Zusammenarbeiten beider Augen ein.

Der Fall spricht dafür, dass unsere Vorstellungen über Raumverhältnisse nicht angeboren, sondern durch die Erfahrung erworben sind. Dahingegen spricht der Fall mit Bestimmtheit gegen die nativistische Theorie; er giebt aber eine Stütze für die empiristische Theorie, nach welcher das Centrum der Augenbewegungen sich nicht anatomisch präformirt vorfindet, sondern statt dessen psychologisch erworben ist.

Widmark (2) hat seinerseits niemals Discission als starreifende Methode angewandt bei der Cataracta senilis. Von der präliminären Iridectomie zu starreifendem Zwecke hat er nur ein paarmal Gebrauch gemacht, ohne jedoch von derselben irgend einen beschleunigenden Einfluss auf die Entwickelung des Stares constatiren zu können. Die Cortextritur nach vorausgeschickter Iridectomie und nicht nach nur vorausgehender Punction der vorderen Kammer, wie sie von Vielen geübt wird, hat Verf. in 16 Fällen ausgeführt. In 14 von diesen 16 Fällen war die Wirkung der Operation auffallend, und es will scheinen, als wenn die Methode bessere Resultate gegeben habe, nachdem der Operateur sich mit derselben mehr vertraut gemacht hat. Bei der Frage von der directen Extraction des unreifen Stares bemerkt Verf., dass das Resultat der intraoculären Spülungen der vorderen Kammer, wozu 2 proc. Borsäurelösung in 11 Fällen von senilem Star, 1 Falle von Cataracta traumatica und 1 Falle von Zonularstar gebraucht wurde, im ganzen ungünstig ausfiel, weswegen er die Methode verliess und in den letzten 6—7 Jahren keinen Gebrauch mehr davon machte; weiter, dass in dem Lebensalter, wo durch die physiologischen Alterserscheinungen in der Linse das Accomodationsvermögen aufgehoben ist, also gegen das Ende des fünfzigsten oder noch sicherer nach dem sechszigsten Lebensjahre jeder Star extrahirt werden kann, sobald die Sehstörung eine Operation wünschenswerth macht. Das Resultat der von W., nach den von Schweigger aufgestellten Indicationen, im Serafinspitale zu Stockholm in den Jahren 1892—1896 (September) ausgeführten Operationen an 100 partiellen und unreifen Staren war in 98 pCt. gut, in je 1 pCt. weniger gut und ungünstig (vollständige Zerstörung des Auges durch Panophthalmie in einem Falle). Während derselben Zeitperiode hat W. 125 reife Stare mit nur einem halben Verluste operirt (Iridocyclitis). Nach der Erfahrung von W. ist die Sehschärfe nach der einfachen Extraction schlechter als bei der combinirten, wenn eine von beiden Operationen allein vorgenommen wird. Die Zahl der Nachoperationen bei combinirter Extraction an reifem Stare hat in den Fällen des Verf.'s 7,7 pCt. betragen. Zum Schluss theilt Verf. 6 Fälle von Extraction wegen Cataracta incipiens mit.

Die Statistik des Verf.'s über die Behandlung unreifer Staare im Serafinspitale während der letzten Jahre stützt die Ansicht, die vorbereitenden Operationen zu unreifen Staren bei Individuen unter 55—60 Jahren zu beschränken, zu extrahiren aber unmittelbar an Personen, welche diese Altersgrenze überschritten haben. Die Extraction selbst von solchen Staren hat offenbar keine eigentliche Gefahr aufzuweisen, wenn sie von einem ziemlich geübten Operateur ausgeführt wird. Der Uebelstand liegt in der Nothwendigkeit, eine secundäre Operation öfter wie sonst vorzunehmen. Und da diese bisweilen zu ernsthaften Complicationen Anlass bietet, giebt die Operation von unreifen Altersstaren eine etwas schlechtere Prognose als Extraction der vollständig reifen.

Die Frage, wie man ein stark verengtes oder verschlossenes Orificium inferius ductus naso-lacrymalis diagnosticiren könne, wird nach Allard (3) so beant-

wortet, dass, wenn Spülflüssigkeit durch den Thränengang nicht passirt, eine Klappe oder ein verschlossenes Orificium sich vorfinden kann. Jenes ist jedenfalls weniger gewöhnlich und wird noch weniger wahrscheinlich, wenn man die Augensonde von der Nase palpiren kann, jene von Schleimhaut überall bekleidet ist. Nach einiger Zeit muss die Untersuchung wiederholt werden, um zu unterscheiden, ob die Hindernisse temporärer oder permanenter Natur sind. In diesem Falle ist ein operatives Eröffnen der medialen Wand des Ductus naso-lacrymalis gegen den unteren Nasengang indicirt. A. hat dies angewendet und empfiehlt zwei Methoden. Bei der einen wird der Ductus naso-lacrymalis mittelst eines durch die Nase eingeführten Messers abgeschnitten, bei der anderen wird ein Loch aus der Scheidewand mittelst eines besonderen vom Verf. ersonnenen Instrumentes herausgeschnitten. Gute Resultate. Orificium inferius ductus naso-lacrymalis hat sich zwei Monate nach der Operation gut offen gehalten.

Welander (4). 1. Bedeutende, purulente Entzündung der linken Augenhöhle (Emailauge). Der Eiter enthielt Unmengen von Gonococcen; ebenso das Secret von reiner acuter Gonorrhoe. Der Zusammenhang war klar. 2. Köchin im Krankenhause St. Govan für venerische Kranke. Bedeutender, purulenter Ausfluss von der linken Augenhöhle (Emailauge) mit Unmengen von Gonococcen im Eiter. Von ihrem beinahe klaren Cervicalsecrete gelang es Ahman, auf Ascites-Agar-Gonococcen rein zu züchten. Klarer Zusammenhang. 3. Weib mit Gonitisrheumatismus etc. genas; sodann beiderseitige purulente Bindehautentzündung. Typische Gonococcen im Secrete sowohl von den Augen wie von der Urethra. Am anderen Ende des Isolirungszimmers, durch eine jedoch nicht bis an die Decke hinanreichende Bretterwand abgesondert, befand sich ein altes Weib, welches nach 5 Tagen eine acute Augenblennorrhoe bekam. W. beschuldigte in diesem Falle die Fliegen der Uebertragung der Gonococcen, denn aus seinen Untersuchungen geht hervor, dass Fliegen, welche mit Trippersecret zusammengetroffen sind, noch nach 3 Stunden solches Secret auf sich zurückhalten können, wobei die vorhandenen Gonococcen später sich vermehren und entwickeln. Noch eine solche Epidemie (33 Fälle) wird beschrieben.

Holmgren (5) gebrauchte gefärbte Fleckchen von 1—9 cmm als Perimeterobjecte und Rosa oder Grün, am meisten jene Farbe, als Probefarbe. Die Untersuchung des Farbensinnes in der Umgebung des blinden Fleckes hat als Resultat gegeben, dass derselbe Uebergang vom normalen Farbensinn zu absoluter Blindheit (nämlich von Rosa durch Blau, und vom Grünen durchs Gelbe zum Weissen) gegen den blinden Flecken wie gegen die periphere Grenze des Sehfeldes stattfindet. Verf. erkrankte selber an einem Scotome (kleines Blutextravaseat) im excentrischen Theile des Sehfeldes des linken Auges. Der Farbensinn rings um das Scotom herum zeigte durchaus denselben typischen Uebergang wie an der Peripherie des Gesichtsfeldes und in der Umgebung des blinden Fleckes. Das Resultat dieser Untersuchung stösst die Vorstellung um, dass die topographische Anordnung des Farbensinnes im Sehfelde von einer entsprechenden topographischen Anordnung verschiedener farbenpercipirender Organe auf der Retina abhängig sei. Aus der Untersuchung des Verf.'s geht hervor, dass, wo auch irgend ein Theil des Sehfeldes zu einer blinden Stelle grenzt, dort der normale Farbensinn nicht mit einer scharfen Grenze aufhört, sondern der Uebergang zuerst durch einen rothblinden, darnach durch einen total farbenblinden Gürtel geschieht, ehe die Gesichtswahrnehmung aufhört.

Ribbing's (6) bewegliches Probegestell hat den Vortheil, dass es eine einfache Construction und einen mässigen Preis mit Zweckdienlichkeit und Handlichkeit vereinigt.

Wegen des Näheren ist im Originale nachzusehen.

A. Fr. Eklund (Stockholm).]

Zahnkrankheiten

bearbeitet von

Zahnarzt WILH. DIECK in Berlin.

I. Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde.

1) Kirchner, Die Wurzelbehandlung vermittelst Galvanocaustik. Mai. — 2) De Terra, Salubrol, ein Ersatz für Jodoform. Juni. — 3) Partsch, Ueber Tamponade. Juni. — 4) Dieck, Ueber eine ungewöhnliche Kaumuskelwirkung. Juli. — 5) Walkhoff, Ueber den Bau und die Entstehung einiger Zahnmissbildungen. Juli. — 6) Greve, Ueber die Berechtigung der frühzeitigen Extraction des sechsjährigen Molaren. August. — 7) Sachse, Zur Kalibehandlung pulpenloser Zähne. August. — 8) Morgenstern, Beitrag zur Kenntniss der Nerven in den Zähnen. September. — 9) Klaussner, Ueber das Eindringen von Fremdkörpern in Trachea und Oesophagus. October. — 10) Hoffmann, Ueber die morphologische Stellung der bleibenden Molaren. October. — 11) Fenthol, Ein Fall von Periostitis alveolaris idiopathica. November. — 12) Parreidt, Ueber den Einfluss adenoider Wucherungen im Nasenrachenraume auf die Zahnstellung. December. — 13) Schaeffer-Stuckert, Zahnaufnahmen mit Roentgen-Strahlen. Januar 1897. — 14) Niemeyer, Ein Fall von Durchbruch des rechten oberen grossen Schneidezahnes durch die Lippe in späterem Lebensalter. Februar 1897.

II. Oesterreichisch-Ungarische Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde.

15) Schmid, Die Pathologie des oberen Weisheitszahnes. April. — 16) Ornstein, Unregelmässiger Durchbruch der zweiten Zähne. Unterzahl der Zähne. April. — 17) Hattyasy, Versuche mit Tropococain. April. — 18) Karolyi, Diabetes mellitus. Diagnose nach einer Periodontitis acuta diffusa. April. — 19) Bauer, Natriumperoxyd. April. — 20) Berten, Ueber das Stehenbleiben der Milchzähne. Juli. — 21) Merlin, Casuistische Mittheilung über septische Infection bei Caries dentium. Juli. — 22) Röse, Das Erkrankungsverhältniss der einzelnen Zähne des menschlichen Gebisses. Juli. — 23) Grünwald, Ueber Kiefercysten und Kieferhöhlencysten und ihre gegenseitigen Beziehungen. Juli. — 24) Schenk, Die erste Anlage des Unterkiefers und der Zahnalveolen. October. — 25) Röse, Ueber die Zahnverderbniss der Musterungspflichtigen in Bayern. October. — 26) Dalma, Brom als Mittel zur Wurzelbehandlung. Januar 1897. — 27) Sachs, Behandlung der Prognathia dentalis. Januar 1897. — 28) Arkövy, Periodontitis unilateralis. Jan. 1897.

III. Correspondenzblatt für Zahnärzte.

29) Morton, Guajacol-Cocain-Cataphorese und örtliche Anästhesie. Jan. 1897. — 30) Geist-Jakoby, Vom praktischen Nutzen der X-Strahlen. October. — 31) Landsberger, Das zahnende Kind. Octob. 1897.

IV. Schweizerische Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde.

32) Röse, Ein seltener Fall von Zahnretention. No. 1. — 33) Preiswerk, Ueber Ziele und Methoden wissenschaftlicher Zahnforschung. No. 2. — 34) Respinger, Contribution à l'étude de l'usure dentaire. No. 1 u. 2. — 35) Rossberger, Ueber die specifische Wirkung des Cocainum hydrochloricum Merck und seine Anwendung in der zahnärztlichen und chirurgischen Praxis. No. 3. — 36) Galippe, Recherches critiques et expérimentales sur la genèse des calcifications pathologiques, sur la production des calculs dans l'économie en général et en particulier sur la formation du tartre et des calculs salivaires. No. 3. — 37) Seitz, Ein Fall von Miliartuberculose in der Mundhöhle. No. 3. — 38) Galippe, Notes pour servir à l'histoire de l'hypertrophie du cément, envisagée en particulier comme cause de névralgies rebelles. No. 4. — 39) Wiener, Die Extraction periostitischer Zähne unter gefahrloser totaler Local-Anästhesie. No. 4. — 40) Morgenstern, Die Zahnbeinbildung unter dem Einfluss functioneller Reize. No. 4. — 41) Schäffer-Stuckert, Die Analgesie in der Stickstoffoxydul-Narcose. No. 4.

V. L'Odontologie.

42) Charpentier et Stévenin, De la carie dentaire chez les animaux sauvages en captivité. Janvier 1897. — 43) Eternod, Essai de théorie de dérivation de la dentition humaine d'un type bicuspidien unique. Septbr. — 44) Loup, Contribution à l'étude de la greffe dentaire. Septbr. et Oct. — 45) Péchin, Contribution à l'étude des affections oculaires et des sinusites de la face d'origine dentaire. Déc. — 46) Choquet, L'histologie normale et pathologique des dents. Janvier 1897. — 47) Godon et Serres, Considérations sur la théorie de l'extraction des dents. Janvier 1897.

VI. Diversa.

48) Rhein, Alveolar abscess; preventive and curative treatment. Dental Cosmos. März. — 49)

Black, Practical utility of curative studies of the physical properties of the teeth and of filling-materials. Ibid. April. — 50) Bethel, Argentum nitricum zur Sterilisirung der Wurzelcanäle mittelst Cataphorese. Ohio Dent. Journ. Sept. — 51) Allen, An ideal styptic. Items of Interest. May. — 52) Chiucini, Dentizione sopranumeraria nel naso. Arch. Ital. di otol., rhinol. e laryngol. No. 3. — 53) Starck, Tuberculöse Halsdrüsen im Zusammenhang mit cariösen Zähnen. Münch. med. Wochenschr. No. 7. — 54) Pullmann, Ueber die Beziehungen der Zähne und des Kauvermögens zum Allgemeinbefinden. Zeitschr. f. pr. Aerzte. No. 17. — 55) Ziegler, Ueber Phosphornecrose. Wiener med. Bl. No. 31. — 56) Frohmann, Ueber Schleich'sche Anaesthesie bei Zahnextractionen. Therap. Mon.-H. Mai. — 57) Hudson-Makuen, G., An unusual Alveolar-abscess with antral complications. Med. and Surg. Rep. July 25. — 58) Schmid, Ueber einige neue Zahnextractions-Instrumente nebst Bemerkungen über schwierige Zahnextractionen. Prag. med. Wochenschr. No. 3, 7 u. 14. — 59) v. Frankl-Hochwart, Ueber Zahnextraction und Facialislähmung. Wiener klin. Rundsch. No. 9. — 60) Harris, Ch. A., The principles and practice of dentistry. 8. London. — 61) Nux, L., Manuel prat. du dentisterie opératoire. 2. éd. Paris. — 62) Godon, Ch., Manuel du chirurgien dentiste. Paris. — 63) Bödecker, C. F. W., Die Anatomie und Pathologie der Zähne. Wien. — 64) Geist-Jakoby, P. G., Geschichte der Zahnheilkunde vom Jahre 3700 v. Chr. bis zur Gegenwart. Tübingen. — 65) Lange, R., Unser heutiges Gebiss und seine natürliche Erhaltung zur Vermeidung künstlicher Zähne. 2. Aufl. Zittau. — 66) Herbst, W., Methoden und Neuerungen auf dem Gebiete der Zahnheilkunde. Leipzig. — 67) Port, G., Mechanische Veränderungen an den Kiefern und der Zahnstellung in Folge von Erkrankung der benachbarten Organe. München. — 68) Miller, W. D., Lehrbuch der conservirenden Zahnheilkunde. Leipzig. — 69) Glassington, Ch. W., Dental materia medica, pharmac. and therap. 8. London. — 70) Greve, H. C., Diagn.-therap. Taschenbuch für Zahnärzte. 12. Frankfurt. — 71) Roy, M., Thérapeutique de la bouche et des dents. Paris. — 72) Witzel, Jul., Ueber Zahnwurzelcysten. Leipzig. — 73) Zaudy, Ueber die Tuberculose der Alveolarfortsätze. Inaug.-Diss. Bonn.

Preiswerk (33) sagt in einem Aufsatz über die Ziele und Methoden wissenschaftlicher Zahnforschung: „Die von den Forschern stets hochgeschätzten Merkmale bildet das Gebiss, wurde es doch nur auf Grund desselben möglich, Verwandtschaften zwischen Beutelthieren (Insectenfressern und Halbaffen) festzustellen. Ja, es ist sogar in neuster Zeit durch die verbesserte Schlifftechnik möglich, aus der Structur der Schmelzprismen die systematische Verwandtschaft, also den genealogischen Zusammenhang, aufzufinden und zu bestimmen, ob ein Zahn resp. der ganze Organismus irgendwelcher Differenzirung und nach welcher Richtung zugänglich sei, Fragen, die ja auch für den practischen Gelehrten von hoher wissenschaftlicher Bedeutung sind."

Morgenstern (8) entwickelt auf Grund seiner Untersuchungen neue Ansichten über Verlauf und Endigungsweise der Nerven in der Zahnpulpa. Im Gegensatze zu der herrschenden Anschauung, dass die Pulpanerven unter oder zwischen den Odontoblasten endigen, will M. sie auch im harten Zahnbein nachgewiesen haben.

Seine Schlussresultate sind:

Die Nerven der Zahnpulpa seien in centrale und parietale zu unterscheiden, von denen die ersteren hauptsächlich durch die Odontoblastenschicht der Pulpahörner in das Zahnbein einträten. Das parietale System soll in Gestalt eines dünnen Blattes den ganzen Dentinkeim umziehen. Viele Nervenfasern endigen frei in der Pulpa, andere mit knopfförmigen Anschwellungen, aus denen meist noch eine kurze Faser heraustritt; noch andere mit eigenthümlichen zellenartigen Körpern von rundlicher Scheibenform, besonders in der Odontoblastenschicht. Im centralen Theile der Pulpa sollen grosse Zellen auftreten, welche M. für Ganglienzellen ansieht.

Morgenstern (40) hat sich über die Zahnbeinbildung eine besondere Theorie geschaffen, deren Kern darin liegt, dass die Bildungszellen des Zahnbeins immerwährend bei der Dentinbildung verbraucht und durch Neuzellen ersetzt werden, dass die langgestreckten, mit Unrecht „Odontoblasten" genannten, Gebilde aus der Aneinanderreihung und Verschmelzung dieser Zellen hervorgehen, und dass die Tomes'schen Fasern aus präformirten Zellfortsätzen bestehen.

Walkoff (5) hat durch die Untersuchung einiger neuer und den Vergleich älterer in der Literatur beschriebener Fälle von Odontombildung eine bestimmte Auffassung über das Zustandekommen und den structurellen Bau dieser seltenen, durch Entartung des weichen Zahnkeimes entstandenen Missbildungen gewonnen.

Grundlegend und primär sei überall die Spaltung des Dentinkeimes; die beiden andern Zahnsubstanzen, Schmelz und Cement, schlössen sich erst secundär an. Erfolgt die Spaltung erst im Wurzeltheil des Zahnkeimes, so kann natürlich nur Cement an der Structur mitbetheiligt sein, erfolgt sie schon beim Beginn der Kronenentwicklung, so sind alle drei Zahnsubstanzen in dem Odontom vorhanden. In den seltensten Fällen trennen sich die Dentinsysteme wieder und können dann als selbständige Gebilde unabhängig von einander, alle Stufen der Sonderentwicklung bis zu wohlausgebildeten überzähligen Zähnen durchlaufen.

Hoffmann (10) betont auf Grund eigener und fremder Untersuchungen (Kükenthal, Leche, Röse) die zuerst von Leche ausgesprochene Ansicht, dass die Bezeichnungen „Milch- und bleibende Zähne" keine morphologisch und entwicklungsgeschichtlich stichhaltige Scheidung ausdrücken. Wenn er auch den practischen Nutzen einer solchen Eintheilung nicht verkennt, so hält er es doch für wünschenswerth, dass bei der wissenschaftlichen Betrachtung dieser Frage nicht Ansichten zum Ausdruck gebracht werden, die mit den neueren Forschungen nicht in Einklang zu bringen sind.

Schmid (15) hat in einer, für den Gegenstand sehr umfangreichen, Arbeit die in Bezug auf den äusseren und structurellen Bau und die Pathologie des oberen Weisheitszahnes auftretenden Verhältnisse geschildert. Er bespricht die grosse Variabilität der Kronen- und Wurzelform, die beträchtlichen Unterschiede in der Zeit des Durchbruches und die Retention dieses Zahnes, in deren Folge auch im Greisenalter noch der Durchbruch beobachtet werden kann, wenn bei der senilen Atrophie des Alveolarfortsatzes der Zahn passiv frei wird. Auch

in Bezug auf die innere Structur nimmt der obere Weisheitszahn nach der Richtung der Minderwerthigkeit und demgemäss der erhöhten Disposition zur Caries eine Sonderstellung ein. Dislocationen und Achsendrehungen des Zahnes sind ebenfalls häufig. Wegen der Nähe des Antrumbodens ist bei eitriger Periodontitis dieses Zahnes auch secundäre Erkrankung der Kieferhöhle nicht selten. Zum Schluss bespricht S. die Schwierigkeiten, welche sich der Extraction des oberen Weisheitszahnes in den Weg stellen können und die dabei in Betracht kommenden Hülfsmittel.

Stark (53) hat 113 Kinder mit Halsdrüsenschwellungen untersucht und gefunden, dass in 41 pCt. der Fälle für die Entstehung der Drüsenerkrankung cariöse Zähne die wahrscheinliche Ursache waren. Bei der microscopischen Untersuchung wurden in einem Falle in 2 Mahlzähnen zahlreiche Tuberkelbacillen nachgewiesen.

S. bestätigt dadurch die Beobachtungen früherer Autoren über die ätiologische Wichtigkeit kranker Zähne für Erkrankungen der regionären Lymphdrüsen.

Landsberger (31) ist auf Grund der Arbeiten von Kassowitz (Phosphorbehandlung: Zeitschrift für klin. Med. Bd. 7. 84. Kinderkrankheiten: Wien 1892. Die Pathogenese der Rhachitis. Wien. 1895), zu der Anschauung gekommen, dass die bei zahnenden Kindern so häufig auftretenden schweren Allgemeinstörungen, im Besonderen Convulsionen („Zahnkrämpfe") nicht als Folge des schweren Zahndurchbruchs aufzufassen sind, sondern mit diesem — falls nicht eine nachweisbare andere Ursache erkennbar ist — dieselbe Grundlage haben, nämlich Rhachitis. Das Fehlen von Fieber-Erscheinungen und das ungewöhnlich lange Offenbleiben der Stirnfontanelle sind dabei diagnostisch wichtig. Darreichung von Phosphor soll in diesem Falle auch den Durchbruch der Zähne günstig beeinflussen, wogegen die sehr gebräuchliche Scarification des Zahnfleisches über dem schwer durchbrechenden Zahn nicht nur keinen Nutzen brächte, sondern oftmals geradezu schade.

Arkövy (28) beschreibt unter dem Namen Periodontitis unilateralis schmerzhafte Entzündungen der Zahnwurzelhaut, welche am Zahnfleisch- bezw. Alveolarrande auftreten und in die Tiefe vorschreiten. Aetiologisch kommen traumatische Insulte, Zahnsteinablagerung und Infection einzeln oder neben einander in Betracht.

Pullmann (54) hebt die Wichtigkeit des Zustandes der Zähne und der Mundhöhle überhaupt in ihrer ätiologischen Bedeutung für eine Reihe von Störungen des Allgemeinbefindens hervor. Er sagt:

„Seit lange würdige ich die Mundhöhle einer eingehenden Besichtigung bei allen ernsteren, insbesondere aber bei allen hartnäckigen Ernährungsstörungen, einerlei ob diese zunächst als Störung der Magenverdauung sich präsentiren, oder ob sie mehr in Gestalt von Störungen der Blutbildung oder allgemeinen Siechthums sich darstellen. Immer war ich erstaunt, dass in den mir zugänglichen, allerdings nicht mehr neuesten Lehrbüchern der Pathologie, unter der Aetiologie des chronischen Magencatarrhs, der Ectasia ventriculi, des Magenkrampfs, der habituellen Stuhlverstopfung, der Hämorrhoiden, ja der Migräne und des nervösen Kopfschmerzes, der Chlorose, Tuberculose, Scrophulose fast nie der Wichtigkeit des Kauactes für Verdauung und Ernährung gedacht und die Wichtigkeit eines functionsfähigen Kauapparates hervorgehoben wird."

Ziegler (55), welcher in der Münchener Klinik hin und wieder Gelegenheit hatte, Phosphornecrose zu beobachten, giebt eine Schilderung der Erscheinungen und Folgewirkungen dieser Krankheit, welche seit Einführung staatlicher Gesetze über die Zündholzfabrikation so selten geworden ist, und nur dort noch ab und zu gefunden wird, wo Hausindustrie besteht, an welche jene sanitären Vorschriften nicht genügend heranreichen.

An die Stelle der früheren oft stark auseinandergehenden hypothetischen Erklärungen über die Wirkung des Ph. ist jetzt die Auffassung getreten, dass durch die Aufnahme des Giftes in den Körper eine Sclerose des ganzen Knochensystems sich entwickelt, längst ehe noch entzündliche Processe auftreten. Am frühesten und stärksten zeigt sich die Wirkung an der Haupteingangsstelle des Ph., der Mundhöhle, im besonderen an den Kiefern, deren Necrose unter profuser Eiterung sich in bekannter Weise vollzieht.

Z. betont den heutigen Standpunkt, dass mit dem operativen Eingriff nicht bis zur spontanen Lösung des Sequesters gewartet werden solle, weil man die Kranken nicht lange den durch die Eiterung entstehenden Gefahren der Sepsis, Pneumonie und Amyloiddegeneration preisgeben darf. Die Statistik hat gezeigt, dass bei Frühoperation die Mortalität sich um mehr als die Hälfte verringern lässt.

Greve (6) erörtert die praktisch wichtige Frage, ob die frühzeitige Extraction der ersten bleibenden Molaren eine grundsätzliche Berechtigung habe, so wie sie von Andrieu in einer dieses Thema behandelnden Monographie befürwortet und in der Praxis vielfach befolgt worden ist. Die von Andrieu gegebene Begründung für die Behauptung: „der 6jährige Molar sei von anatomischem, physiologischem und pathologischem Gesichtspunkte als ein temporärer Zahn zu betrachten" wird in jedem Punkte durch wissenschaftlich und statistisch erwiesene Thatsachen widerlegt. Im Besonderen werden der gängigen Anschauung über die hohe Cariesfrequenz des ersten Molaren die von Port und Berten gefundenen statistischen Zahlen gegenübergestellt, welche, bei Berücksichtigung aller in Betracht kommenden Factoren, für den zweiten Molaren sogar eine noch höhere Cariesfrequenz bewiesen als für den ersten. G. kommt zu dem Schluss, dass die immer noch beliebte frühzeitige Extraction des ersten Molaren sich weder durch theoretische noch practische Gründe rechtfertigen lasse; sowohl die Anatomie als besonders die Physiologie dieses Zahnes verlangen seine Erhaltung durch rechtzeitige Füllung und geeignete Mundpflege. Die frühzeitige Entfernung sei nur erlaubt, wenn Raummangel vorhanden sei, doch wäre zu überlegen, ob nicht durch Dehnung des Kieferbogens oder eine andere mechanische Art der Regulirung dem Uebel auf bessere Weise abgeholfen werden kann.

Partsch (3) verbreitet sich in einem bemerkenswerthen Vortrage über die Anwendung der Tamponade in der Mundhöhle zum Zwecke einer raschen und sicheren Blutstillung und einer ungestörten Heilung durch Sicherung vor Infection. Von den in Frage kommenden Materialien zieht er die Gaze ihrer besseren Aufsaugefähigkeit und nachhaltigeren antiseptischen Wirkung wegen allen anderen, im Besonderen der Watte, vor. Trotz seiner Nachtheile, des üblen Geruches und Geschmackes und seiner gelegentlichen Giftwirkung, hält er das Jodoform für das beste Imprägnirungsmittel und giebt der trockenen Gaze vor der mit Glycerin getränkten den Vorzug. Zur sicheren und staubfreien Aufbewahrung hat er einen kleinen Verbandkasten herstellen lassen, in welchem die Gaze in Rollenform in einem mit einem Schlitz versehenen Glascylinder aufbewahrt wird. Durch Drehung der Rolle wird das für den jeweiligen Gebrauch nöthige Stück herausgezogen und abgeschnitten.

Zum Zwecke der Blutstillung nach Zahnextractionen füllt er die Knochenhöhle nicht mit einem grossen Bausch, sondern mit kleinen schmalen Stückchen der Jodoformgaze aus und lässt den Tampon vermittelst eines grösseren festen Wattebausches durch den Gegenbiss in der Wunde festhalten. So hat er selbst schwere Blutungen bei ausgesprochener Hämophilie gestillt, nachdem er vorher die Wände der Extractionswunde mit Penghawar-Watte bedeckt hatte. Ebenso leistete ihm zur Stillung von Zahnfleischblutungen, wie sie als vicariirende Menstrualblutungen, bei Gingivitis hämorrhagica und namentlich bei schwerer Gelbsucht auftraten, die Jodoformgaze, wie Charpie zerzupft, mit dem Finger gegengedrückt, oder durch Einzwängen zwischen die Zähne festgehalten, gute Dienste.

Auch bei Knochenabscessen, zur Nachbehandlung von Kiefercysten und bei Empyem des Antrum Highmori verwendet P. die Gaze zur Tamponirung, jedoch nur so lange krankhafte Secretion besteht. Von der dilatirenden Wirkung des Tampons macht er Gebrauch nach misslungenen Zahnextractionen mit tiefer Fractur zur Klarlegung des Operationsfeldes und bei schwerem Durchbruch des Weisheitszahnes, um den auf dem Zahn liegenden dicken Zahnfleischlappen abzudrängen.

Klaussner (9) bespricht die Erscheinungen, welche Fremdkörper in der Luft- und Speiseröhre hervorrufen, die weiteren Veränderungen, welche solche Gegenstände im Organismus mit sich bringen und endlich die einzuschlagende Therapie.

Ornstein (16) berichtet über einige Fälle von verspätetem Durchbruch bezw. Unterzahl der bleibenden Zähne als Folge von Rhachitis.

Fenthol (11) beschreibt einen Fall, in welchem bei einem 18jährigen Mädchen spontan, d. h. ohne nachweisbare Ursache, eine schwere Alveolar-Periostitis in der Gegend der rechten unteren Prämolaren entstanden war. Eine circumscripte Schwellung in der Kinngegend mit starker Röthung der bedeckenden Haut machte den Eindruck, dass es zur Abscedirung nach aussen kommen würde, merkwürdiger Weise aber bildete sich alles spontan zurück. 2 Monate später traten abermals ohne jede scheinbare Veranlassung dieselben Erscheinungen, nur in schnellerer Folge, auf. Innerhalb dreier Tage hatte sich ein Abscess gebildet, nach dessen Eröffnung vollkommene Heilung erfolgte. Die betreffenden Zähne blieben seitdem ganz gesund, zeigten keinerlei Missfärbung, die auf eine zerfallene Pulpa hätte schliessen lassen, und reagirten auch auf Temperatur ganz.

Dieck (4) beobachtete bei einem an Delirium mit epileptischen Anfällen leidenden Alcoholiker eine ungewöhnliche Wirkung der Kaumusculatur in einem convulsivischen Anfall. Die 4 unteren Schneidezähne des überaus kräftig entwickelten und normal articulirenden Gebisses waren sammt der facialen Knochenlamelle durch einen von der Zungenseite her wirkenden Druck nach aussen fast horizontal umgelegt worden, lingualwärts wulstete sich das entzündete Zahnfleisch, von Blutcoagulum bedeckt, stark empor. Sowohl Anamnese als auch das Fehlen jeder äusseren Verletzung, selbst einer Sugillation, liessen eine äussere Gewalteinwirkung als ausgeschlossen erscheinen. Es blieb daher für das Zustandekommen der geschilderten Fractur nur die Erklärung durch folgende ungewöhnliche Wirkung der einzelnen Kaumuskeln übrig: Im Beginn des Trismus wurde der Unterkiefer durch den Musc. pteryg. ext. soweit vorgeschoben, bis die unteren Schneidezähne vor den oberen standen, darauf zogen die Mm. masseter, temporalis und pteryg. intern. den Unterkiefer fest gegen den Oberkiefer, und nun muss derselbe durch eine machtvolle Muskelwirkung zurückgezogen worden sein, wobei dann die unteren Schneidezähne durch die Kanten der oberen bis zur Fractur der äusseren Knochenlamelle zurückgedrängt wurden. Diese letztere Muskelwirkung kann nur zurückgeführt werden auf die hintere Portion des M. temp., deren Fasern über dem Jochbogen ganz horizontal verlaufen. Eventuell konnte der M. pteryg. int. diese Wirkung unterstützen, weil bei vorgeschobenem Unterkiefer sein Insertionspunkt vor den Ursprungspunkt gestellt war.

Karolyi (18) beobachtete folgenden Fall:

Eine 49jährige Dame bekam an einem äusserlich intacten oberen Molaren ohne nachweisbare Ursache eine Periostitis, welche zur Vereiterung der Alveole führte, wobei sich das Zahnfleisch weit zurückgezogen hatte und wie zerfetzt aussah. 5 Wochen nach der Extraction berichtete die Patientin, dass sie lange an der Extractionswunde gelitten habe, da diese nicht habe zuheilen wollen. Daraufhin untersuchte K. den Harn in der Vermuthung, dass etwa Diabetes vorliegen könne, welcher bis dahin noch nicht diagnosticirt worden war, und in der That ergab die Analyse 6,5 pCt. Zucker.

K. empfiehlt dringend, dass bei gleichartigen Vorkommnissen an die Möglichkeit von Diabetes gedacht werde.

Niemeyer (14) sah den höchst bemerkenswerthen Fall, dass bei einer 60jährigen Frau unter der Nase in der Mittellinie der Oberlippe ein mittlerer Schneidezahn zum Durchbruch gekommen war, welcher bis dahin retinirt im Kiefer gestanden hatte. Patientin war vor etwa 40 Jahren von einer Kuh durch einen Stoss gegen den Mund schwer verletzt worden; ob dieser Unfall Ursache für die Dislocation des Zahnes im Kiefer war, konnte nicht mit Sicherheit festgestellt werden.

Chiucini (52) hat bei einer 23jähr. Patientin, welche von tuberculösen Eltern abstammte, und an Ozaena litt, einen überzähligen Zahn von der Gestalt eines Praemolaren und 2 Zahnwurzeln aus dem Boden der Nasenhöhle extrahirt, nachdem früher schon (die Anfänge des Nasenleidens datiren 12 Jahre zurück) wiederholt Knochenstücke und wahrscheinlich die Kronen

der vorerwähnten Wurzeln aus der Nase entfernt worden waren.

Hudson Makuen (57) beobachtete folgenden in seinem Verlauf ebenso eigenthümlichen als in der Aetiologie unklaren Fall:

Ein 40jähr. Mann klagte über Schmerz in der Gegend des äusserlich gesunden Molaris I. sup. sin. Die zahnärztliche Untersuchung konnte nichts von Belang als Ursache feststellen. 8 Tage später Entleerung von etwas dünnflüssigem Eiter längs des genannten Zahnes: Wegen der Vermuthung, dass die Pulpa abgestorben sei und einen peridentalen Knochenabscess veranlasst habe, wurde dieselbe freigelegt, aber vollkommen gesund befunden. Einige Tage nachher gelangte die Sonde in das Antrum Highmori, und nun entwickelte sich schnell eine überaus heftige Entzündung des Antrum und der ganzen linken Nasenhöhle. Profuse Entleerung schleimig eitrigen Secretes aus der Nase nach aussen sowohl wie in den Pharynx. Extraction des genannten Zahnes. Auf dem Periost einer Wurzel desselben wurde ein kleiner „Eitersack" gefunden. Das war alles, was in ätiologischer Beziehung als Ausgangspunkt für die schweren Folgeerscheinungen eruirt werden konnte.

Nach kurzer Zeit Heilung.

Merlin (21) schildert folgenden von ihm beobachteten und operirten Fall, in welchem ein durch einen cariösen Zahn veranlasster septischer Process vom rechten Unterkiefer sich auf die linke Kopf- und Halshälfte, die linke Orbita und den Bulbus, auf das linke Mittelohr und den Warzenfortsatz ausgebreitet hatte.

Pat., 23jähriger Soldat kommt am 15. October 1895 zur Behandlung wegen eines Zahn-Abscesses am Mol. I. inf. dext. Fluctuation nur an der Zungenseite des Alveolarfortsatzes, äussere Haut gespannt und dunkelroth, Augenlider stark ödematös, Geschwulst nach abwärts bis an die Clavicula, Temp. 39,5, Puls 100 Extraction des gelockerten Zahnes, Abfluss von jauchigem Eiter aus der Alveole. Eröffnung, Reinigung und Tamponirung der Abscesshöhle. 16. Oct. Aeussere Schwellung stärker und auf die linke Seite übergegangen. Keine Fluctuation. Dauernder Eiterabfluss aus Alveole und Abscesshöhle. Aeussere Geschwulst auf dem Unterkiefer und in der Medianlinie von Kinn bis Zungenbein eröffnet.

Es fliesst kein Blut bei der Operation, nur wenig Jauche, das Gewebe schwärzlich verfärbt und schmierig. Sublimatirrigation, Jodoformgaze-Drains. Temper. 40°. Schwellung rechts geringer, links grösser geworden und reicht vom Jochbogen bis zum Schlüsselbein. Die folgenden Tage Zunahme aller Erscheinungen. Puls klein, frequent, Athmung stertorös. Schlucken unmöglich, Ernährung durch das Schlundrohr. Enorme Schwellung des linken Gesichts bis über das Auge reichend. Starke Kieferklemme. Mehrere Incisionen. Reichliche Entleerung von Jauche.

19. Oct. Entfernung necrotischer Gewebsmassen. Linkes Auge geröthet. Jauchiger retrobulbärer Abscess. Eröffnung desselben. 22. Oct. Necrotische Stelle in der Cornea, woraus Jauche fliesst. Enucleation. Folgende Tage Besserung. 2. November plötzliche Temperatursteigerung. Schmerzen im linken Ohr, Ohrmuschel geröthet. Aeusserer Gehörgang und Trommelfell geschwollen. Warzenfortsatz schmerzhaft. Paracentese. Entleerung von Jauche. Ausspülung des Mittelohrs. Aufmeisselung des Proc. mast. Allmälige Heilung.

v. Franke-Hochwald (59) berichtet über Facialislähmungen, welche er 6 mal im Anschluss an Zahnextractionen hat auftreten sehen. Nicht Trauma, sondern Invasion von Microorganismen soll die Ursache gewesen sein.

Schmid (58) bespricht, hauptsächlich in Berücksichtigung der Bedürfnisse des practischen Arztes, das Instrumentarium für die Zahnextraction, tadelt die sogenannten Resections- und Universal-Zangen und lobt einige in neuerer Zeit empfohlene Instrumente. Er verbreitet sich über schwierige Extraction tief sitzender Wurzelreste und besonders des 3. unteren Molaren. Der Lecluse'sche Hebel wird mit Recht als ein (in der geübten Hand) ausgezeichnet wirkungsvolles und in dem einschlägigen Falle fast unentbehrliches Instrument geschildert.

Röse (32) sah einen seltenen Fall von Zahnretention an einem Affenschädel (von Macacus nemestrinus.)

8 wohlausgebildete Zähne waren im Ganzen retinirt bei gleichzeitiger starker Dislocation, und zwar im Oberkiefer 5: beide MM II im harten Gaumen neben der Medianlinie und diese noch überschreitend, links über dem persistirenden M I lact. der erste Praemolar und die MM III, weit nach hinten dislocirt, wovon der rechte, theilweise vom Oberkiefer, theilweise vom Keilbein umschlossen, dicht neben dem Hamulus pterygoideus lag. Im Unterkiefer sind 3 Zähne retinirt: Mol. III dext. im unteren Theil des Proc. coron., Mol. II sin. weit hinten im Kieferwinkel dicht vor dem Eingange ins For. mandibul., M. III sin. ebenfalls im unteren Theile des Proc. coron.

Parreidt (12) erklärt sich das häufige Zusammentreffen von starker Verschmälerung des oberen Alveolarbogens mit adenoiden Wucherungen im Nasenrachenraum (nach Grönbeck 66 mal in 77 Fällen) auf folgende Weise. Kinder mit solchen Wucherungen sind gewöhnlich Mundathmer; die Wangen sind in die Länge gezogen und üben auf die äussere Fläche der Backzähne einen stärkeren Druck aus, als bei geschlossenem Munde, zumal die articulirende Wirkung des Unterkiefers fast ganz in Wegfall kommt.

Berten (20) kommt in seinen Ausführungen über die Persistenz von Milchzähnen und deren Ursachen zu dem Schluss, dass Milchzähne über ihre Zeit hinaus stehen bleiben, d. h. keine normale Wurzelresorption erfahren, wenn ihnen der Wachsthumsdruck der bleibenden Zähne fehlt, wenn mit anderen Worten diese letzteren nicht gebildet sind, oder eine abnorme Lagerung im Kiefer haben, bezw. an abnormer Stelle durchbrechen. (Diese Ansicht entspricht nur der allgemein herrschenden Anschauung über den Gegenstand.)

Charpentier et Stévenin (42) haben die Schädel von 3000 wilden Thieren, welche in der Gefangenschaft lebten, untersucht, um zu constatiren, ob und in welchem Grade die Zähne von Caries befallen seien. Sie bestätigten die schon früher von Miller constatirte Thatsache, dass Zahncaries selten bei Carnivoren, häufiger bei Herbivoren bezw. bei Omnivoren zu finden sei. Von den untersuchten Thieren stellten die Affen das grösste Contingent, und zwar wurde bei 325 Affen der alten

Welt die Caries 25 mal, bei 189 Affen der neuen Welt 3 mal constatirt.

Schaeffer-Stuckert (41) beschreibt die narcotische Wirkung des Stickstoffoxyduls und beleuchtet die zum Theil noch heute bestehende Verschiedenheit in der Auffassung über das Zustandekommen der Narcose. Zum Theil wurde angenommen, dass die durch Mangel an Sauerstoff erzeugte Asphyxie identisch sei mit der Narcose, die begründetere Ansicht aber spricht dem N_2O specifisch anästhesirende Eigenschaften zu, was ja auch leicht durch die Thatsache bewiesen wird, dass die Narcose zuverlässig erzeugt wird, wenn Sauerstoff in genügender procentualer Menge hinzugesetzt wird, um Cyanose und Asphyxie nicht auftreten zu lassen. Das Stickoxydul hat vor anderen allgemeinen Anästheticis und im Gegensatze zu giftigen Gasen, wie NO und CO, den grossen Vorzug, dass es nur ganz leicht von dem Haemoglobin des Blutes angenommen wird, um ebenso schnell und vollkommen wieder abgegeben zu werden. Jedenfalls ist das Gas schon kurz nach erfolgter Narcose spectroscopisch im Blute nicht mehr nachzuweisen, und damit erklärt sich auch der grosse Vorzug des Mittels, nicht die geringste schädliche Nachwirkung zu hinterlassen.

Verfasser stimmt mit Thomas darin überein, dass vor Eintritt jeglicher Asphyxie eine kurze Zeit ein Stadium der Analgesie besteht, in welchem der operative Eingriff wohl zum Bewusstsein kommt, aber keine Schmerzempfindung hervorruft. Dieses Stadium zur Zahnextraction zu benutzen, hält er für die beste Anwendungsweise des Stickstoffsoxyduls.

Wiener (39) glaubt, eine sichere bequeme und gefahrlose örtliche Anästhesie zum Zweck der Entfernung wurzelkranker Zähne darin gefunden zu haben, dass er zuerst 1/2 Pravaz' Spritze einer 3 proc. Cocainlösung an der Aussen- und Innenseite des Alveolarfortsatzes injicirt, 2—3 Minuten wartet und dann durch Zerstäuben von Aethylchlorid den Zahn und die Umgebung abkältet.

Rossberger (35), welcher seit 8 Jahren das Cocaïn zur Erzeugung localer Anaesthesie benutzt hat, ist zu folgenden Resultaten gekommen:

Für Einpinselung oder Einträufelung von Schleimhäuten sei eine 10 proc. wässerige Lösung am meisten zu empfehlen, zur Subcutaninjection eine 1/2 proc. Lösung mit einem geringen Zusatz von Carbol nach der Formel

Rp. Cocaïni muriatici 0,1.
Acidi carbolici gtts. duas.
Aq. destill. 20,0.

Die unter dem Einflusse des Mittels sich entwickelnde Anaesthesie sei um so sicherer und vollständiger, je deutlicher die hierbei zum Vorschein kommende locale Anaemie ist. Die specifische Leistung des Cocaïns beruhe in erster Linie auf seiner gefässverengenden Wirkung und die Anaesthesie sei nur als secundäre Erscheinung der Anaemie aufzufassen. R. verwirft der hohen toxischen Gefahr wegen eine mehrprocentige Lösung von Cocaïn.

Hattyasy (17) hat das von Vámmosy als Ersatz für das Cocaïn empfohlene Tropococaïn (Benzoylpseudotropeïn C_8H_4NO [C_7H_6O], aus kleinblättriger japanischer Coca dargestellt) als Anaestheticum in einer Anzahl von Fällen versucht. Nach Chadbourne soll die Wirkung des Mittels folgende sein:

1. Es ist nicht von halb so starker Giftwirkung als das Cocaïn.
2. Auf die motorischen Centren und die Musculatur des Herzens wirkt es viel schwächer als Cocaïn.
3. Anaesthesie tritt viel früher auf und dauert länger.
4. Mydriasis ist nicht immer vorhanden, und wenn auch, viel geringer als nach Cocaïn.
5. Seine Lösungen wirken nach 2—3 Monaten noch ebenso, weil sie antiseptisch sind.

H., hat das Tropococaïn in 114 Fällen in der Mundhöhle zur Erzeugung von Anaesthesie angewendet und zwar theils in Form von Einpinselungen, theils von Injectionen. Das Resultat befriedigte ihn hauptsächlich wegen der geringeren toxischen Gefahr, jedoch könne man mit weniger Positivität auf Wirkuug rechnen als bei dem Cocaïn.

Frohmann (56) hat die Schleich'sche Infiltrationsmethode zum Zwecke der schmerzlosen Entfernung von Zähnen in 250 Fällen angewendet und spricht sich sehr befriedigend darüber aus. Als besondere Vorzüge nennt er die lange Dauer der Anaesthesie, die Entbehrlichkeit jeglicher Assistenz, das sehr einfache und billige Instrumentarium und vor Allem die Ungefährlichkeit. Störend wirkte aber der erhöhte Nachschmerz, welcher häufiger und stärker auftrat als bei gewöhnlichen Zahnextractionen.

Kirchner (1) will in der Glühhitze ein bequemeres und zuverlässigeres Sterilisationsmittel haben, um den necrotischen bezw. gangränösen Inhalt der Wurzelcanäle cariöser Zähne unschädlich zu machen, als in chemischen Antisepticis. Als ferneren Vorzug seines Verfahrens hebt er geringeren Zeitaufwand hervor. Die Zahl der für eine solche Behandlungsmethode geeigneten Zähne kann natürlich nur eine beschränkte sein, da es wohl ausgeschlossen ist, enge Canäle mehrwurzliger Zähne für die Platinaschlinge zugängig zu machen.

De Terra (2) glaubt in dem von den Farbwerken in Höchst hergestellten Präparat „Saluhrol" ein Mittel gefunden zu haben, welches alle guten Eigenschaften des Jodoforms ohne dessen Nachtheile besitze und deshalb durchaus werth wäre, als Ersatz für dieses zu dienen. Vor dem Jodoform habe es noch den Vorzug einer stärkeren antiseptischen Kraft und der Fähigkeit, austrocknend zu wirken. In der Zahnheilkunde sei es nach seiner Erfahrung mit grossem Vortheil zu verwenden zur Ueberkappung der Zahnpulpa bei Entzündung derselben und zur Wurzelfüllung. Verf. gebraucht das Mittel in Alcohol- oder Chloroformlösung, bezw. in Pastenform.

Dalma (26) verwendet Bromum purum liquidum zur Desinfection von Wurzelcanälen solcher Zähne, welche eine putrid zerfallene Pulpa haben. Selbst Abscesse an der Wurzelspitze will er vom Wurzelcanal aus in kurzer Zeit durch das Mittel zur Heilung gebracht haben.

Sachse (7) empfiehlt zur Behandlung von Zähnen mit verjauchter Pulpa die von Schreier eingeführte Methode, durch Kalium-Natrium oder nach dem Vorgehen von Schreiter durch Kalium hydricum den Canalinhalt zu verseifen, um ihn, wo er nicht mechanisch entfernt werden kann, wenigstens unschädlich zu machen. Gerade in Bezug auf diese letztere Frage, d. h. ob zersetzte Eiweisskörper durch Kalium hydricum sterilisirt würden, hat er einige bacteriologische Versuche angestellt, welche zu Gunsten des Mittels ausfielen.

Bauer (19) zieht bei der Behandlung von Zähnen mit putrid zerfallener Pulpa das Natriumperoxyd dem zuerst von Schreier empfohlenen Kalium-Natrium vor. Beide Mittel erfüllen denselben Zweck, jedoch schätzt B. bei dem Natriumperoxyd die gleichzeitige bleichende Wirkung.

Morton (29) in New-York hat eine Reihe von Experimenten gemacht, um die Verwendbarkeit der medicamentösen Cataphorese für zahnärztliche Zwecke festzustellen. Er benutzte zur Erzeugung von localer Anaesthesie Guajacol-Cocaïn und ist zu folgenden hier in Betracht kommenden Resultaten gelangt:

1. Empfindliches Dentin kann mit der grössten Leichtigkeit anaesthesirt werden.

2. Die Pulpa eines cariösen Zahnes kann der Art anaesthesirt werden, dass sie schmerzlos entfernt werden kann.

3. Guajacol beschränkt die Wirkung des Cocaïns auf ein örtliches Gebiet, erhöht dessen cataphorische Wirkung, verlangsamt seine Resorption in den Körper, verhütet hierdurch schädliche Nachwirkung und verbindet seine eigenen anaesthesirenden Eigenschaften mit denen des Cocaïns.

Bethel (50) hat die Cataphorese, welche man in jüngster Zeit so sehr bestrebt ist für die Zahnheilkunde therapeutisch nutzbar zu machen, zur Sterilisirung von Wurzelcanälen todter Zähne so in Anwendung gebracht, dass er von einer 40—75 proc. wässerigen Lösung von salpetersaurem Silber soviel als angängig in die Wurzelcanäle brachte, in die Kronencavität ein mit dieser Lösung durchtränktes Baumwollenbäuschchen legte und hierauf die Electrode applicirte.

Schaeffer-Stuckert (13) hat vermittelst der Röntgen-Strahlen 6 Aufnahmen von Zähnen im Kiefer gemacht und dabei recht befriedigende Resultate erzielt. Da der Zahn für die X-Strahlen wesentlich undurchlässiger ist als der Knochen, so markirt er sich im Bilde genügend scharf. Von practischem Nutzen für die Zahnheilkunde können deshalb die Röntgenstrahlen werden, wenn es sich darum handelt, das Vorhandensein und die Lagerung retinirter Zähne im Kiefer festzustellen, wie es Sch.-St. auch überraschend gut gelungen ist. In einem der beigefügten Aufnahmebilder sind selbst die Wurzelcanäle der Zähne deutlich zu erkennen, so dass es nicht ausgeschlossen erscheint, dass bei genügender Vervollkommnung des Aufnahmeverfahrens auch etwa vorhandene Dentikel in der Pulpahöhle nachgewiesen werden, was z. B. bei einer Trigeminus-Neuralgie von grossem diagnostischem Werthe sein könnte.

Geist-Jakoby (30) theilt einen Fall mit, wo es bei einem 17jährigen Mädchen, welches einen persistirenden Milcheckzahn im rechten Oberkiefer hatte, gelungen war, durch eine Aufnahme mit Röntgen-Strahlen den bleibenden Eckzahn an abnormer Stelle im Kiefer retinirt liegend nachzuweisen.

Allen (51) hat in Folge einer Veröffentlichung von Roswell Park in einem Falle von schwerer Hämorrhagie nach einer Zahnextraction eine Combination von Antipyrin mit Tannin als blutstillendes Mittel versucht und war durch den Erfolg überrascht. Er hatte mittelst Baumwolle das Mittel fest in die Alveole eingebracht.

Sachs (27) hat die von Kingsley zur Behandlung der Prognathia dentalis geübte Methode, mittels einer Kopfkappe und schräg nach hinten oben ziehender Gummibänder die oberen Schneidezähne allmälig zurückzudrängen, dadurch vereinfacht und für den Patienten angenehmer gemacht, dass er den ganzen Regulirungs-Apparat in die Mundhöhle verlegt und an Stelle der Kopfklappe den Stützpunkt durch Metallüberkappung der weiter zurückstehenden Zähne erzielt.

[1] Dzierzawski, B., Eucain, ein neues Anaestheticum und dessen Anwendung in der Zahnheilkunde. Medycyna. No. 51 u. 52. — 2) Derselbe, Ein Fall von Contractur des äusseren Musculus pterygoideus in Folge von Erkrankung eines Zahnes. Kronika lekarska. No. 5.

Dzierzawski (1) hat das von Vinci zuerst versuchte Eucain bei einer stattlichen Reihe von Zahnextractionen zur localen Anästhesirung benützt und ist hiebei zu folgenden Resultaten gelangt:

1. Das Eucain ist ein sehr vorzügliches Anästhesirungsmittel und namentlich durch den Mangel einer Intoxicationsgefahr bei Application der gewöhnlichen Dosen besonders empfehlenswerth.

2. Es genügt eine 5 proc. Lösung und soll das injicirte Quantum des Alkaloids 0,05 nicht überschreiten.

3. Die Anästhesie ist nach Application einer 5proc. Eucainlösung stärker als bei 1 proc. Cocainsolution.

4. Bei weit vorgeschrittener Periostitis und Periodontitis mit starker Infiltration des Zahnfleisches pflegt die Eucaininjection äusserst schmerzhaft und deren Effect ziemlich unsicher zu sein. Als besonderen Werth des Eucains hebt Verf. noch seine Billigkeit und die Haltbarkeit der Lösungen hervor.

Derselbe (2) wurde von einem 33jährigen Manne um Rath angegangen, bei welchem sich über Nacht plötzlich eine Schiefstellung des Unterkiefers bemerkbar gemacht hatte. Die Untersuchung ergab eine Deviation des Unterkiefers nach links, ähnlich, wie sie bei einer rechtsseitigen Verrenkung vorzukommen pflegt. Das Oeffnen des Mundes ging normal von Statten, nur konnte das normaler Weise vorhandene Maximum desselben nicht erreicht werden. Die Haut vor der rechten Ohrmuschel war etwas geröthet, auf Druck empfindlich. Die Untersuchung der Mundhöhle ergab ausser der erwähnten falschen Kieferstellung eine weit vorgeschrittene Caries des rechten oberen Weisheitszahnes

mit bedeutender Schwellung des entsprechenden distalen Theiles des Zahnfleisches. Wurde das letztere mittels Sonde von dem Zahne abgehoben, so sickerte aus der Tiefe stinkender, jauchiger Eiter hervor. Verf. stellte die Diagnose auf Gingivoperiotitis mit consecutiver entzündlicher Contractur des M. pteryg. ext. Da Patient die vorgeschlagene Extraction des schadhaften Zahnes verweigerte, wurde bloss für genügenden Abfluss des Eiters gesorgt, worauf die Schiefstellung des Kiefers langsam zurückging.

Verf. macht mit Recht auf die Aehnlichkeit des Krankheitsbildes mit einer unilateralen Luxation und auf die relative Seltenheit einer isolirten entzündlichen Contractur des erwähnten Muskels aufmerksam.

Trzebicky (Krakau).]

Krankheiten der Harn- und männlichen Geschlechtsorgane (einschliesslich der chirurgischen Nierenerkrankungen)

bearbeitet von

Prof. Dr. PAUL GÜTERBOCK, Königl. Geh. Medicinalrath und Privatdocent in Berlin.*)

I. Allgemeine Literatur.

1) Alapy, Zur Frage der Catheter-Sterilisation. (Mittheilung aus der II. Anstalt f. pathol. Anatomie zu Budapest.) Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane. S. 569 u. 645. — 2) Albarran et S. Bauzet, Sur la bactériologie des abcès urinaux. Ann. des mal. des org. gén.-ur. p. 388. (Gehört zur nächsten Arbeit.) — 3) Albarran et Morny, Recherches sur la sérothérapie de l'infection urinaire. Ibidem. p. 385. — 4) Ambrosius, Walter, Die Verletzgungen der männlichen Harnwege vom gerichtsärztlichen Standpunkte. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öffentl. Sanitätswesen. 3. F. XII. (Trotz eines Literaturverzeichnisses von 100 selbst eingesehenen Schriften müssen wir die Arbeit als durchaus unbefriedigend bezeichnen. Es ist eben unmöglich, ein derartig umfassendes Thema auf 40 Druckseiten selbst mit Zuhilfenahme des Petit-Druckes auch nur einigermaassen erschöpfend zu behandeln.) — 5) Bastianelli, Raffaele (Istituto di Anat. patologica della R. Università di Roma diretto dal Prof. E. Marchiafava), Studio etiologico sulle infezioni delle vie urinarie. Boll. della R. Acad. Med. di Roma. Anno XXI. Fasc. II—VI. (Estratto.) — 6) Claisse, André, Essai de stérilisation des sondes par les vapeurs de formol. Ann. des mal. des org. gén.-ur. p. 154. — 7) Foss (Driburg), Die Desinfection der Harnwege durch inneren Gebrauch von Enterol. Cbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane. S. 203. — 8) Gardemin, Ernst, Ein Beitrag zur Geschichte des Catheterismus, anschliessend an eine Entfernung eines Catheterfragmentes aus der Blase durch Sect. alta. Inaug.-Abh. Berlin. (Das 10 cm lange, quer vor dem Orif. int. urethr. befindliche Fragment hatte ca. 2 Tage in der Blase gelegen, ehe es Casper entfernte. Lembert'sche Naht; Heilung. Das Uebrige unwesentlich.) — 9) Hallé, Leucoplasies et cancroïdes dans l'appareil urinaire. Ann. des mal. des org. gén.-ur. — 10) Hofmokl, Ein Fall von angeborener Querspaltung der Glans penis. Arch. f. klin. Chir. LIV. S. 225. — 11) Janet, Jules, Stérilisation des sondes par l'acide sulfureux et par les vapeurs de formol. Ann. des mal. des org. gén.-ur. p. 26 et 122. — 12) Hornfeld, F., Ueber den Zusammenhang der Krankheiten der Harnwege mit den Erkrankungen anderer Organe und mit denen des Gesammtorganismus. (Wiener med. Club.) Wiener med. Pr. No. 1. (Vielfach Bekanntes, keines Auszugs fähig. Ausführliche Mittheilung cf. Wien. med. Wochenschr. No. 10—12.) — 13) Levings, A. H., Urethral and vesical arthritis. Amer. med. News. Oct. 3. (Von 7 neueren Fällen Vf.'s betrafen 2 das Hüftgelenk, je 1 Knie-, bezw. Knie- und Schulter-, ferner je 1 die Metacarpalgelenke bezw. diese und die Metatarsalgelenke und 1 endlich das Knöchelgelenk. Aus 299 Fällen wird die Durchschnittsdauer des Leidens auf 68 Tage berechnet. Kurze Mittheilung von 4 eigenen Beobachtungen von sog. Tripper-Rheumatismus, der in einer dieser wohl Cystitis complicirte, aber bei dem 70jährigen Prostatiker nichts mit Tripper zu thun hatte.) — 14) Lipowski, Israel, Die Grawitz'sche Eiterungstheorie in ihrer Bedeutung für die Aetiologie der Abscesse in den Harnwegen. Inaug.-Abh. Berlin. (Keines Auszugs fähig. Zusammenstellung aus der Literatur.) — 15) Derselbe, Arch. f. klinische Chirurgie. (Dasselbe wie vorher, nur sehr viel ausführlicher und durch die vielen Excerpte und Einschiebung allgemeiner Betrachtungen wenig übersichtlich.) — 16)

*) Bei Fertigstellung des Berichtes hat Herr Dr. G. Ruben-Berlin uns in dankenswerthester Weise unterstützt.

Oppler, Paul (Aus der dermatologischen Abtheil. des Dr. Jadassohn im Allerheiligen Hospital zu Breslau), Zur Sterilisation elastischer Catheter mittelst Formaldehyddämpfe. Münch. med. Wochenschr. No. 44. — 17) Pavone, Stérilisation à vapeur pour les cathéters métalliques. Annal. des malad. des org. gén.-ur. — 18) Pfister, E. (Cairo), Ein Fall von Vergiftung durch Injection von Cocain-Lösung. Berliner klin. Wochenschr. No. 14. (Ein polnischer Arzt hatte dem steinkranken Pat. vor Application des Catheters eine Lösung von Cocain. mur. à 20 pCt. in die Urethra eingespritzt. P. konnte nur den Tod constatiren. Keine Autopsie. Bereits 5 Tropfen der 20proc. Cocain-Lösung entsprachen der Maximal-Dosis!) — 19) Posner, C. u. A. Lewin, Untersuchung über die Infection der Harnwege. Cbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane. S. 405 u. 501. — 20) Puzey, Chaunzy, Cases illustrating the value of the continous bath in the treatment of extensive extravasation of urine. Lancet. Febr. 8. p. 355. (Nichts Neues. Hosp.-Bericht über 2 geheilte Fälle.) — 21) Watson, Quelques considérations cliniques sur la tuberculose primitive des org. génito-urin. Annal. des mal. des org. génito-urin. — 22) Weinrich, M., Ueber Cocain-Intoxication von den Harnwegen aus. Berliner klin. Wochenschr. No. 12.

Alapy (1), über dessen Sterilisationsverfahren für Catheter bereits in einem früheren Bericht referirt worden, hat neuerdings da er die bisherigen Methoden anderer Autoren nicht ausreichend bezw. von Uebelständen begleitet fand, ein anderes Verfahren als erfolgreich geprüft. Dasselbe besteht im Wesentlichen darin, dass die vorher getrockneten Instrumente mittelst Wasserdampfes, der ein auf beiden Seiten durch Wattebäusche geschlossenes Glasrohr durchströmt, sterilisirt werden. Die Versuche sind zumeist mit einem Kade'schen Dampfsterilisator von 22 cm Durchmesser und Höhe und auf 1—3 l Wasser und für ein Glasrohr berechnet angestellt und bedurfte es dazu ca. 12—30 Min. Ein grösserer Apparat für 5 Glasröhren bestimmt, hat entsprechend grössere Dimensionen. Die Sterilisirung dauert hier ½ Stunde. Der Modus procedendi erfordert allerlei Cautelen. In das Glasrohr kommt zunächst ein Hohlcylinder von Filtrirpapier ca. 10 cm kürzer als das Glas, der untere Wattepfrof wird, damit er nicht zuweit einausgeschleudert wird, 6—7 cm in den Cylinder hinhingeschoben, dann kommt der Catheter mit der Blasenmündung nach oben. Nach beendeter Sterilisation wird der untere Pfropfen herausgezogen, damit das untere Ende des Rohres steril bleibt. Um den Catheter zu prüfen, wird er an einer dem äusseren Ende nahen Stelle mit desinficirter Hand angefasst und mit dem Blasenende in ein Reagenzglas mit steriler Bouillon gesteckt und diese mehrmals durchgeseiht. Zur Prüfung wurden die Catheter mit sporenhaltiger Milzbrandbouillon inficirt. Es ergab sich, dass Catheter, an denen inficirter Urin 1—2 Tage lang angetrocknet war, durch die Einwirkung strömendenden Wasserdampfes in 15 Min. völlig sterilisirt waren. Allerdings hat es zur Einführung der Methode in die Privatpraxis der Nicht-Specialisten und für Patienten, die sich selbst catheterisiren, seine Schwierigkeit. Zum Schlüpfrigmachen empfiehlt A. Olivenöl, das mit den Instrumenten gekocht wird.

Der principiellen Wichtigkeit halber machen wir hier auf die Thierversuche aufmerksam, welche Albarran und Morny (3) bei der Serumtherapie, der Harninfection gemacht haben. Von 20 Damm-Abscessen hatten nur 2 keine Microben; von den übrigen 12 den Bacillus coli, gegen den sich auch die Experimente der Verff. richten. Dieselben bestanden theils in der Vaccination durch Inoculation lebender Culturen, theils in solcher durch Inoculation der Filtrate der macerirten Organe von an der colibacillären Infection verstorbenen Thieren, und endlich in Vaccination mit abwechselnder Inoculation dieser und lebender Culturen. Das Ergebniss war kurz, dass bei 250 Meerschweinchen, 40 Kaninchen und 6 Hunden, die curativen und immunisirenden Wirkungen sehr hervortretend waren, obschon es sich um sehr verschiedene Thiere handelt. Die Verff. haben sich daher zur Anwendung des Serums beim Menschen verpflichtet gefühlt, nachdem sie sich von dessen völliger Unschädlichkeit überzeugt. Nähere Mittheilungen hierüber bleiben vorbehalten.

Neben verschiedenen Compilationen über die eitrige Infection der Harnwege liegt in diesem Jahre eine sehr umfassende Arbeit von Bastianelli (5), verfasst unter Leitung von Marchiafava, über eben dieses Thema vor. Dieselbe umfasst drei Abschnitte, von diesen enthält der erste nicht weniger als 37 Fälle der verschiedensten Erkrankungen des Harnsystems, deren klinische Geschichte und bacteriologische Ausbeute mit grosser Sorgfalt verfolgt sind. Der zweite Theil bringt die Biologie der betreffenden von B. in den einzelnen Fällen gefundenen mannigfachen pathogenen Microorganismen verschiedenster Art. An dieser Stelle ist aus diesen beiden vorwiegend allgemein-pathologisches sowie besonders bacteriologisches Interesse bietenden beiden Abschnitten lediglich herauszuheben, dass in jedem Fall von Entzündung der Harnwege Infection bestand. Soweit sich aus Culturen ergiebt, war die Infection eine einfache in 25 Fällen (Monoinfection), in den übrigen 12 ⅓ der Fälle mehrfach (Polyinfection). Man fand folgende Microben:

21 mal (11 mal allein, 10 mal gemischt) dem Colon-Bacillus angehörige Microorganismen; 7 mal den Proteus vulg. (1 mal allein nur); Staphylococcen (6 mal allein, 4 mal in Mischform); 4 mal Streptococcus pyogenes (1 mal allein); 6 mal die verschiedenen Diplococcen darunter den Fränkel'schen 3 mal allein; die übrigen fanden sich in Mischform. Gonococcus traf man im Sediment 3 mal, darunter 1 mal in Mischform; den Tuberkelbacillus sah man 1 mal nur isolirt.

In 19 von den 37 Fällen kann man als Ursache der Infection einen chirurgischen Eingriff annehmen.

Practisch viel wichtiger ist der dritte die Pathogenese berücksichtigende Theil.

Die Infectionswege werden in gewohnter Weise eingetheilt, je nachdem sie ascendirende von der Urethra ausgehend, sei es durch den aus der gesunden oder aus der kranken Urethra aseptischen, sei es durch den nicht-sterilen Catheterismus bedingt. Daneben besteht die Möglichkeit der Verbreitung der Infection und des spontanen Eindringens der Keime in die Blase. Die descendirende renale Infection kann in Form der Elimination von Keimen im gesunden Zustande durch den Harn oder in der von solchen bei Infectionskrankheiten, oder endlich durch in der Niere inficirten Harn auftreten. Besonders zu betonen: die transparietale Infection bei Continuitätstrennungen der Blase unmittelbar durch die erhaltene Structur, speciell vom Darme aus. — Alle diese Möglichkeiten werden aufs genaueste an der Hand der klinischen Fälle streng gesondert erörtert. Vorauszuschicken ist, dass B. einen Beweis für directe Infection der Blase durch Tripper als noch nicht gebracht erachtet. In anderen Fällen fand man Hülfs-

ursachen, in einem bei Ausdehnung der Infection auf die Nieren. In 16 Fällen B.'s bestanden Tripperstricturen, darunter 7, in denen der Catheter nie benutzt war. In 4 von 7 Fällen fand man den für gewöhnlich nicht in der Urethra ansässigen Colibacillus rein, in 1 ausserdem in Mischformen. Ebenso wenig wie in diesen Fällen liess sich in 3 von Diplococcus-Infection der Weg, den die Infection zur Blase genommen, darthun. Die descendirende Infection von der Blase her ist im Princip zuzugeben. Fälle, in denen von einem Infectionsherd der Niere aus die Blase inficirt wird, kommen vor, aber sicher viel seltener, als z. B. Rovsing annimmt. Manche der hierher gezählten Fälle rechnen zu denen, in denen die pathogenen Microben bei sonst gesundem Zustande nach der Blase verschleppt werden; andere Male liegt eine infectiöse Cystitis in Folge von einer bacillären Infection des Blutes vor, zumal da oft der Ausgangsherd letzterer nur ein kleiner sein kann. Die Versuche von Lewin und Posner, die nach Abbindung des Darmes das Blut mit Bacillus prodigiosus inficirten und weiterhin die Blase, hat B. wiederholt. Die Infection erfolgt durch das Blut und nicht durch das Bauchfell; andere Male von der Blase benachbarten Theilen; immerhin ist es schwer, einen gemeinsamen Weg der Infection für alle Fälle festzustellen. Die transparietale Infection denkt B. entweder durch die perirectalen Lymphgefässe, durch Adhäsionen oder endlich durch eine mycotische Peritonitis vermittelt.

Die Unterscheidungen, welche B. zum Schluss zwischen nicht pyogenen (catarrhalischen), pyogenen, letztere wieder je nach den Microorganismen, macht, ergeben sich von selbst. Die Hauptgruppen sind tuberculöse, mit oder ohne Infection einhergehend, secundäre Cystitiden und solche von Hindernissen des Harnabflusses ausgehende verschiedensten Grades. Sie beruhen entweder auf der Gruppe des Bact. coli oder der des Proteus bezw. der Streptococcen und Diplococcen und der Eitererreger.

Claisse (6) empfiehlt die von Bazy angewandte Desinfection der Catheter durch Aufbewahren derselben in einem grossen Reagensglase, auf dessen Boden in Formallösung getauchte Watte und darüber eine doppelte trockene Gazeschicht ist. Oben ist das Glas mit Taffet geschlossen. Selbstverständlich ist diese Desinfection nur möglich, wenn die Catheter nicht sofort gebraucht werden.

Foss (7) empfiehlt Enterol, eine Mischung der Enterocresole, rein hergestellt in der Fabrik von Kaalbaum als wasserhelle Flüssigkeit (p. s. 1036), entweder in Lösungen von 0,5 : 250 zu 2,5—5,0 pro die oder in Kapseln von Enterol aa Ol. oliv. 0,25. Es hat keine üblen Nebenwirkungen, kann in den genannten Dosen monatelang ohne üble Nebenwirkung trotz graugrüner Verfärbung des Harns genommen werden. Es ist entwickelungshemmend für alle Bacterienarten des Harns, heilt acute Cystitis und Pyelitis, ist aber nicht ausreichend, wenn die Microben bereits in die Schleimhaut eingewandert sind, speciell bei chronischen Catarrhen der Harnwege. (Also!)

Hofmokl (10) bringt nach Anführung der betr. Literatur einen durch eine gute farbige Abbildung illustrirten Fall von angeborener Querspalte der Eichel, den er entwickelungsgeschichtlich nicht erklären kann.

Der betreffende 68jährige, wenig intelligente Pat., der stets gesund gewesen sein und auch den Coitus gut ausgeübt haben will, kam mit Phimosis congenita und einer übelriechenden dünn-eiterigen Vorhautabsonderung zur Behandlung. Ein Neoplasma annehmend, incidirte man die Vorhaut. Die Eichel erschien durch einen dorsalen quer durchgreifenden Spalt in einen dorsalen oberen gröberen und einen unteren dünneren Abschnitt getheilt. Die Urethra mündet am Grunde in der Mitte des Querspaltes und setzt sich andeutungsweise in der Form eines Frenulum an der Spaltfurche des oberen Antheils fort. Der untere Theil, der sich als eine mit der Vorhaut völlig verwachsene Lamelle des Schwellkörpers der Eichel darstellt, enthält einen auf das rinnenförmig gestaltete Frenulum des oberen Theiles passenden, blind endigenden ca. 2 mm langen Gang. Es bestand Balanitis.

Aus einer grossen Reihe mannigfach modificirter Versuche über die Desinfection elastischer Catheter durch Formol, welche Janet (11) angestellt, können hier nur die wichtigsten Schlussfolgerungen betont werden.

Zunächst wurden Formol und sein festes Polymerum, Trioxymethylen, der schwefligen Säure überlegen gefunden, und zwar ist letzteres, das fest und trocken ist und die Catheter nicht erweicht, auch nicht erneut zu werden braucht, wenn es gleich langsamer wirkt, wieder dem Formol überlegen. Formol ist daher vorzuziehen, wenn man eine grosse Zahl von Cathetern zu desinficiren hat, Trioxymethylen, wenn man nur kleine Apparate gebrauchen kann, wie einen solchen zu 8—10 Liter Inhalt J. angegeben. Derselbe erfordert eine Temperatur der Umgebung, die nicht unter 10° C. geht. Die Catheter müssen vorher gewaschen und getrocknet werden und müssen 24 Stunden im Apparat bleiben, feinere 48; Harnleiter-Catheter sind jedoch auch dann nicht steril. Cystoscope werden nach sorfältiger Waschung 24—48 Stunden im Apparat gelassen; Irrigationscystoscope nicht unter 48 Stunden. Man kann die Trioxymethylen-Apparate mehrmals während des Sterilisationsprocesses öffnen, ohne diesen Process zu stören.

Aus längeren Betrachtungen Oppler's (16) über die bisherigen Versuche, Catheter zu desinficiren, und aus seinen eigenen Experimenten, welche mit käuflichem Schering'schen 40 pCt. Formaldehyd enthaltenden Formalin, ferner mit Formalithe und auch Trioxymethylen angestellt wurden, ergiebt sich eine gewisse Vereinfachung der Desinfection. In Frank's relativ theurem Apparat dauert die Formalin-Desinfection 24 Stunden und Janet verlangt, dass jeder Patient sich 8 Catheter hält. O. glaubt, dass ein Pat. mit 2 Cathetern bei 4 maligem täglichen Gebrauch desselben auskommt, indem sein einfacher Apparat die Möglichkeit gewährt, in 6 Stunden einen Catheter zu desinficiren. Dieser Apparat, ein einfacher Blechkasten mit Deckel von etwas über Catheterlänge und 10 cm Höhe, hält parallel dem Boden eine aus Drahtgeflecht bestehende Scheidewand. Auf das Drahtnetz kommen die Catheter, unter ihm das Formalin, sei es in Schälchen mit Lösung, seien es Steine oder Trioxymethylen. 10 ccm Formalinlösung entsprechen 6 frischen Formalinsteinen, und zwar müssen 0,2 pCt. des Rauminhaltes die für die 6 Stunden Desinfection nöthigen Formalin-Mengen betragen. Mit der Zeit schadet diese Desinfection den Cathetern, sie werden weicher, und man kann allenfalls diesem Uebelstand abhelfen, indem man ausser dem Formalin etwas Chlorcalcium in einer Schale in den Apparat setzt. Selbstverständlich sind die Formalinsteine von Zeit zu Zeit (alle 10 Tage) zu ersetzen. (Ref. hat dieses „einfache" Sterilisationsverfahren absichtlich ausführlicher berichtet; dasselbe

zeigt, wie weit die Catheterfabrication — wenigstens bis vor Kurzem — noch von dem unerlässlichen Desiderat einer Herstellungsweise der Instrumente entfernt war, die ihre Sterilisirung in der auch sonst üblichen Form zulässt.)

Die in Bastianelli's Arbeit citirten Versuche von Posner und Lewin (19) bezweckten den Nachweis einer directen Infection der Harnwege vom Darm aus. Um hierbei keine grösseren Läsionen herbeizuführen, wurde an den Versuchs-Kaninchen durch mechanischen Verschluss des Afters eine mechanische Stauung des Darminhaltes hervorgebracht. Es gelingt thatsächlich hierdurch eine Wanderung der Bacterien in die Harnorgane zu erzielen und zwar findet man das Blut fast stets bacterienhaltig. Um aber direct zu erweisen, dass es der Blutzufuhr zur Niere bedarf, um die Bacterien hineinzubringen, wurde in einer besonderen Versuchsreihe gezeigt, dass die Absperrung der Niere von der Blase, jene nicht vor Invasion schützt. Offen bleibt nur die Frage, ob bei einer solchen hämatogenen Infection die Bacterien direct vom Darm in die Blutbahnen oder in diese erst auf dem Umwege durch den Bauchfellsack vom Darm aus gelangen.

Eine weitere Frage, ob auch im normalen Darm nicht vorkommende pathogene Organismen vom Darm aus infectiös wirken können, wurde durch eine Reihe besonderer, zur Zeit noch nicht abgeschlossener Versuche, geprüft. Speciell wurden Bacillus prodigiosus und Bacillus pyocyaneus geprüft. Bei ersterem war bei Injection in die Blase keine Einwanderung eingetreten, dagegen die Niere ergriffen, umgekehrt waren beim Pyocyaneus Unterschiede, je nachdem die Fütterung per os oder per rectum geschah. Für die Praxis präcisiren die Verff. das Ergebniss ihrer Untersuchungen dahin, dass neben den anderen Möglichkeiten, durch Infection eine Cystitis resp. Pyelitis zu erzeugen, durch den Catheter, bezw. per urethram, die enterogene Infection nur unter pathologischen Vorbedingungen, d. h. nicht unter wirklicher sichtbarer Erkrankung, sondern überhaupt unter Abweichungen von der Norm ermöglicht ist. Zu ihrer Bekämpfung ist die sog. „innere Antisepsis“ wohl illusorisch, um so bedeutungsvoller aber die Regelung der Darmfunction bei Neigung zu Cystitis und Pyelitis.

In 22 klinischen Fällen, welche Verff. zusammen mit P. F. Richter auf pathogene Organismen untersuchten, von denen 8 direct gonorrhoische, 2 durch Infection erzeugte und nur 3 in Bezug auf den Ursprung nicht ganz klare Cystitiden waren, während 3 Blasentumoren complicirten und ebenso viele Frauen betrafen. Am häufigsten war das Bacterium coli, dann folgt der Proteus, und die beiden Staphylococcus-Arten. Ganz bestimmte Beziehungen eines Microben zu gewissen Formen der Cystitis liessen sich nicht sicher behaupten. Infection durch die Bewohner der Urethra scheint nur unter Begünstigungen möglich.

Weinrich (22) berichtet aus Nitze's Praxis eine Cocain-Vergiftung in Folge örtlicher Application des Mittels, den einzigen Fall unter mehreren 1000 Applicationen. Es handelte sich um einen 37 jähr. Mann, bei dem man einen Blasentumor vermuthete. Erst viermal von anderer Seite, dann einmal von N. cystoscopirt nach vorheriger Injection von einer 6 g haltenden Spritze Cocain. mur. (2 : 30) und in 5 Portionen. Der Tumor wurde dann mit der Schlinge des Operationscystoscops am nächsten Tage entfernt und nach 60 Stunden mit galvanocaustischem Brenner behandelt, nachdem er in gleicher Weise gehalten. Kaum waren die letzten 6 ccm der Lösung von 2,0 : 30,0 injicirt, als die heftigsten Intoxications-Symptome eintraten; 7 Tage später wurde Pat. mit einer Lösung von 1,0 : 20,0 ebenso cocainisirt, ohne jede Nebenwirkung.

Wegen der übrigen Bemerkungen eines zweiten ganz kurz referirten Falles, bei dem die gleiche Cocain-Application statt hatte, cfr. das Original. Ueber die Dosis im ersten Falle wird man nicht ganz klar. Erst scheint es, als ob nur eine Spritze von 6 g der Lösung 2 : 30 unter gelindem Druck applicirt sei, später erfahren wir, dass jedesmal 2 g des Mittels im Ganzen gebraucht seien.

II. Chirurgische Krankheiten der Harnorgane.

1. Chirurgische Krankheiten der Nieren (Nephrectomie, Nephrotomie, Nephropexie).

1) Albarran, Deux néphrectomies précoces par tuberculose miliaire du rein. Guérison. Annal. des malad. des org. génito-urin. — 2) Alsberg, A., Zur Dystopie der Nieren: Exstirpation einer im kleinen Becken gelegenen linken Niere. Festschrift, dem ärztl. Verein zu Hamburg zur Feier seines 80jährigen Jubiläums gewidmet. — 3) Derselbe, Doppelter Ureter. Verhandl. des XXIV. Congr. der Deutsch. Gesellsch. f. Chirurg. S. 180. (Im vorigen Ber. II. S. 387 unter 5) des Literat.-Verzeichnisses irrthümlich als „Dystopie“ der Nieren aufgeführt, unter dem Hinweis auf eine spätere ausführliche Veröffentlichung. Betrifft ein 18jähriges Mädchen, welches seit frühester Kindheit „nass“ ging. Aus einem Sacke entleerten sich mittels zweier Fisteln, von denen eine aussen vor der Harnröhre, die andere an der vorderen Scheidewand endete, 150 g Flüssigkeit von niedrigem specifischen Gewicht ohne Harnstoffgehalt. Nach Exstirpationsversuchen, erst von der Vagina aus, dann per laparotomiam, † an Pyämie. Die Autopsie ergab einen zweiten Ureter, zum oberen abscedirten Theile der Niere führend; auch die andere Niere hatte zwei Harnleiter. Schliesst sich an den Fall von Wölfler [vorjährig. Ber. II. S. 402] an und bedarf wohl ausführlicherer Beschreibung.) — 4) Association française d'urologie, Pathogénie et traitement de l'hydronéphrose. Annal. des malad. des org. génito-urin. — 5) Bazy, Note sur la pathogénie, le diagnostic et le traitement des pyélonéphrites suppurées. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. p. 263. (Polemik gegen verschiedene Aeusserungen von Routier. Dass die secundäre Nephrectomie, je später sie bei Pyonephrose gemacht wird, desto günstiger verläuft, dürfte in Deutschland vielfach Widerspruch erfahren.) — 6) Bell, J. S. and Alfred Parkin, Total suppression of urine for four day's; nephrecthotomy; recovery. Lancet. Sept. 12. (Hosp.-Ber.) — 7) Bennecke, Demonstration von Nierengeschwülsten aus der chirurgischen Klinik der Charité. (Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.) Deutsche med. Wochenschr. No. 33. Vereinsbeilage. (1. 21jähr. Mann, seit dem 6. Lebensjahre an Schmerzanfällen in der linken Nierengegend mit Fieber und vermehrtem Harndrang mit Absonderung von spärlichem klaren Harn leidend; in der anfallsfreien Zeit Urin reichlich und trübe. Linksseitige Pyonephrose. In dem Sack zwei kleine facettirte Steine; Nephrectomie. Heilung. 2. Struma suprarenale dextr. bei einem 51jähr. Mann, der schon vor 1 Jahr die Operation verweigerte. Bei der mühseligen Exstirpation der dreifach vergrösserten Niere sah man zahlreiche retroperitoneale Drüsen. † am

nächsten Tage an Collaps. Bei der Section cystische Entartung und Hydronephrose links; Metastasen ausser in den retroperitonealen Drüsen in linker Nebenniere und Lunge. 3. 65jähr. Mann mit kopfgrosser Geschwulst [Adenom] in der rechten Niere. Dieselbe erforderte $2\frac{1}{2}$ Stunden, um aus der Fettkapsel gelöst zu werden. Urin nach der Operation 300 ccm mit Eiweiss. † nach 5 Tagen; in der linken Niere noch eine kirschgrosse Cyste, in der zurückgelassenen Kapsel noch Tumormassen. Nur ein kleiner Theil des Nierenparenchyms intact. In der Discussion berichtet J. Israel ganz kurz über 4 neuerdings von ihm gemachte Nierenoperationen.) — 8) Bittner, Wilh. (Aus Prof. C. Bayer's chirurg. Abtheil. des Kaiser Franz Josef-Kinderspitals zu Prag), Zur Casuistik der Nierensarcome im Kindesalter. Prager med. Wochenschrift. No. 33. — 9) Blackwood, Mabel, Congenital hydronephrosis with or without dilatation of the ureter and bladder. With 2 illustrative cases. Edinb. med. Journ. April. p. 919. (1. Knabe, † am 16. Tage; beide Nieren ziemlich normal; linker Ureter darmdick, mit constringirenden Strängen, Blasenmündung durch eine nur für eine feine Sonde durchlässige Falte verlegt. Blase hypertrophisch. 2. Vorzeitig geborenes Kind mit linker polycystischer Niere. Ureteren wurstförmig. Blase erweitert. Hinderniss am Orif. ext. uretr.) — 10) Brohl, Eine Nephrectomie bei Hydronephrose mit gleichzeitiger Splenectomie bei Splenolithiasis. Centralbl. f. Chirurgie. No. 17. (Die Beschreibung des einen 46jähr. Pat. betr. Falles ist so kurz, dass derselbe nicht völlig aufgeklärt wird. Referat vorbehalten.) — 11) Burckhard, G. (Aus dem patholog. Institute der Universität Zürich), Ueber Dilatation der Ureteren mit cystöser Vorwölbung ihrer Eintrittsstellen in die Harnblase. Centralbl. f. allgem. Pathologie. No. 4. (Zufälliger Leichenbefund bei einem 61jähr. Manne. Die amputirte, ziemlich plötzlich nach oben abschneidende Erweiterung des vesicalen Harnleiterendes — rechts mehr als links entwickelt — beruht auf angeborener Verengerung der Mündungen und Verdünnung der Blasenwand in deren Umkreise, wo die Muscularis fehlte, während die Ureterenmuscularis in ihren einzelnen Elementen hypertrophirt war. Weiter oben zum Nierenbecken Wiedererweiterung der Harnleiter, ebenso Nierenbecken etwas weiter, dessen Veränderungen wie die der Niere selbst im Uebrigen geringfügig.) — 12) Cabot, A. T., Observations upon acquired hydronephrosis. Boston med. and surg. Journ. Apr. 23. — 13) Cotton, Johne C., A renal sarcoma in an infant nine months old; Operation. Recovery. Philad. med. and surg. Reporter. No. 14. (Der vom rechten Hypochondrium bis 2 Zoll über den Nabel reichende Tumor hatte sich zuerst im 3. Lebensmonat gezeigt und bot das Abdomen an seiner hervorragendsten Stelle einen Umfang von 25 Zoll. Zusammenhang des Tumors mit Leber oder Magen war auszuschliessen. Der Vater von Pat.'s Mutter war an Sarcom der Hüfte gestorben. Vorangehen von Haematurie wurde nirgends erwähnt. Bei der mit Abbé'schem peritonealen Querschnitt ausgeführten Operation erwies sich der Tumor als extrarenal, jedoch der Niere adhärent, die auch entfernt werden musste. Nachbehandlung mit Drainage durch Infection und Eiterung auf 2 Monat verlängert. Nach 11 Monaten noch kein Recidiv. Die völlig abgekapselte markschwammartige Geschwulst erwies sich als kleinzelliges Spindelsarcom.) — 10) Cramer, R., Aus der chirurg. Abth. des Kölner Bürger-Hospitals (Prof. Bardenheuer) Querresection der Niere. Arch. f. klin. Chir. LI. S. 597. — 15) Cuneo, Ambrosio, Contributo alla commozione renale per traumatismo indiretto. Supplemento ne Policlinico. (Bericht aus der Klinik von Caselli in Genua über einen nichts beweisenden Fall, ein 15jähr. von der Treppe gestürztes Mädchen betreffend, welches schwere Verletzungen der linken Oberextremität erlitten und bei dem sich gegen den 4. Tag sehr schnell eine parenchymatöse Albuminurie entwickelte. Dieselbe verschwand wieder nach 2 Tagen. Verf. verweist auf die im vorigen Bericht referirte Arbeit von Holz.) — 16) Dice, J., Report of a case of neurotic bladder trouble, and subsequent pyelonephritis, relieved by nephrotomy. Philadelphia med. and surg. Rep. May 16. (Die rechtsseitige Pyonephrose war durch ascendirende Infection nach brüsker Erweiterung der Harnröhre entstanden. Die 3 Jahre später ausgeführte Nephrotomie entleerte 4 Unzen Eiter. Heilung der 36jährigen Pat. nach vorübergehender durch Spaltung und Auslöffelung beseitigter Fistelbildung.) — 17) Dordonnat, M., Des épanchements uro-hématiques perirénaux consécutifs aux traumatismes du rein. Thèse. p. 1. d. 239. (Vergl. vorig. Ber. II. p. 392 die Arbeit von Levy u. Tuffier). — 18) Duplay, S., Hydronephrose intermittente infectée. (Leçon clinique recueillie par le Dr. Clado.) Un. méd. No. 28. (Nicht abgeschlossener Fall, eine 23jährige Frau betreffend, welche während einer vorausgegangenen Schwangerschaft Zeichen von Tripperinfection geboten.) — 19) Enderlen, Aus der chirurg. Klinik zu Greifswald (Prof. Helferich). Ein Beitrag zur Ureterchirurgie. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. XLIII. p. 823. — 20) Fadaroff, J., Ueber Nephrectomien mit Anlegung von Klemmpincetten à demeure. Centralbl. für Chir. No. 26. (2 Erfahrungen am Menschen und Versuche an Hunden ergaben, dass es wohl in manchen extraperitonealen Nephrectomien sich empfiehlt Klemmpincetten auf 24 Stunden am Hilus anzulegen. Doch ist Form und Qualität der Pincetten insofern von Bedeutung, als die Pincetten gerieft sein müssen.) — 21) Fanger, Christian, Conservative operative treatment of sacculated Kidney, cystonephrosis. An. of surg. XXII. p. 636. — 22) Fischer, Fritz, Bericht über die chir. Klinik in Strassburg i. E. vom 20. Februar bis 1. October 1894. Sarcom der Niere bei einem 3jährigen Kind. Exstirpation. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. XLIII. S. 431. — 23) Fuller, Eugen, Interesting points connected with a nephrectomy secondary to a nephrotomy. Journ. of cutan. and gen. ur diseases. p. 146. (Beide Operationen in einer Sitzung. Die Niere völlig vereitert.) — 24) Geoman, J. B., Occurence of an enormous renal calculus. Journ. of Anat. XXX. p. 527. (Leichenbefund: die Niere rechts maass $7\frac{1}{2} : 4 : 2$ Zoll, ihr Becken 4 : 2 Zoll. Der Stamm war ein Abguss von Beckenkelchen und Infundibula; sein Gewicht war 552 g, die Durchmesser $4\frac{1}{2}$ und 5 Zoll, der grösste Umfang $10\frac{1}{2}$. Die den Kelchen und Infundibulis entsprechenden Fortsetzungen hatten an ihrer Basis Einschnürungen. Ausser viel organischer Substanz und verschiedenen Phosphaten bestand der Stein aus Ammonium-Urat und aus Harnsäure. Auch die linke Niere bot einige Steine. — 25) Hanisch, R., Presidential address of the treatment of some forms of albuminuria by rein puncture. The British Medical Journ. p. 1126. — 26) Hirschlaff, W., Aus der I. inneren Abth. des städt. Krankenhauses am Friedrichshain in Berlin, unter Prof. Dr. Fürbringer, Zur Kenntniss der Pyonephrose in bacteriologischer Beziehung. Deutsche med. Wochenschr. No. 24. (Betr. einen 35jähr. Pat., der vor 5 Jahren Tripper gehabt, seit mehreren Wochen aber unter Fieber und allgemeinen Symptomen krank mit einer rechtsseitigen Geschwulst der Oberbauchgegend zur Behandlung kam. Die Punction ergab rahmigen Eiter, die sofort sich anschliessende Incision führte in das erweiterte Nierenbecken. Drainage. Der bis dahin völlig freie Harn wurde einige Tage lang stark eiterig. Heilung in 6 Wochen. Der übrige Inhalt der Arbeit ist rein bacteriologisch, das im Eiter gefundene Bacterium lactis aerogenes betreffend.) — 27) Johnson, F. W., Carcinoma of right kidney. Boston med. and surg. Journal. Vol. CXXXV. No. 3. — 28) Israel, J., Aus dem jüd. Krankenhause in Berlin, Ueber einige neue Erfahrungen auf dem Gebiete der Nieren-Chirurgie. Deutsche med. Wochenschrift. No. 24. — 29) Keen,

Williams. The treatment of traumatic lesions with tables of 115 cases. Ann. of Surg. Aug. p. 138. — 30) Kelly, Howard A., Some recent important diseases in the diagnosis and treatment in urinary diseases in women. Pittsburg med. Review. January. (Repens.) — 31) Kofmann, S., Eine Studie über die chirurgisch-topographische Anatomie der Niere. Wien. med. Wochenschrift. No. 27 u. 28. — 31a) Kremser, Ueber zehn Fälle von subcutanen Nierenverletzungen durch stumpfe Gewalt. Jahrbücher der Hamburgischen Staatskrankenkassen IV. 1893/94. S. 594. — 32) Laroche, De la tuberculose primitive du rein: étude expérimentale et clinique. (Thèse.) Annal. des org. génito-urin. — 33) Lilienthal, Howard, The diagnosis and treatment of surgical renal disease. An. of surg. XXIII. p. 257. (New York surg. Soc.-Discussion. Ibid. p. 292. Ohne besonderes Interesse.) — 34) Macaigrer, M., Etude sur la néphrite coli-bacillaire. Arch. gén. Déc. p. 722. (Bietet wenig chirurgisches Interesse. Man kann die acute typhöse epitheliale und die mehr chronische, eiterige Pyelonephritis unterscheiden. Anbei 2 Fälle.) — 35) Mc Burney, Nephrectomy for displaced kidney and hydronephrosis. (New York surg. Soc.) An. of surg. XXII. p. 183. (Der kurze Bericht ist speciell hervorgehoben, weil der Kranke ein 14jähriger Knabe war, der schon mindestens 12 Anfälle gehabt. Laparotomie. Heilung. Congenitale Entstehung ist ausgeschlossen, Pat. war in den ersten 12 Jahren von Beschwerden frei, die Anordnung der Gefässe ohne Besonderheit.) — 36) Mendelsohn, Martin, Exstirpation einer Niere. (Verein f. innere Medicin.) Deutsche med. Wochenschr. No. 17. (Das Hauptinteresse des einen 34jähr., an Pyurie leidenden Pat. betreffenden Falles besteht darin, dass, während aus der linken vesicalen Ureter-Mündung deutlich der Abfluss einer trüben Flüssigkeit beobachtet wurde, rechts beim Casper'schen Ureter-Catheterismus klarer Urin, links aber ein trübes Secret, fast kein Urin entleert wurde. Exstirpation der linken Niere durch Koenig ergab ein völlig pyonephrotisches Organ. Abschluss des Falles 14 Tage nach der Operation.) — 37) Meier, John R., Suppurative pyelonephritis following cystic calculi. Edinb. med. Journ. Dec. 18. 1895. (Wesentlicher Leichenbefund bei einem 62jährigen Pat., der kurz vor dem Tode bei reichlicher Incontinenz zur Aufnahme kam. Die vielfach adhärente concentrisch hypertrophische Blase enthielt mehrere, zusammen ca. $^3/_4$ Unzen wiegende Urat-Stücken.) — 38) Meyer, Willy, The early diagnosis of tuberculosis of the kidney. Amer. medic. News. March 7. (Mit Recht wird das Cystoscop empfohlen.) — 39) Newman, David, Cases of primary cancer of the kidney's. Glasgow med. Journ. March. p. 179. — 40) Derselbe, Three renal cases. Glasg. med. Journ. July. p. 11. (Die beiden ersten Fälle waren Nephropexien, in dem zweiten bestand bereits Hydronephrosis intermittens vor der Operation. In dem dritten Falle, einen 41jährigen Gärtner betreffend, handelte es sich nur um eine rechtsseitige Pyonephrose, deren Anschwellung plötzlich, als Pat. behufs Nephrotomie chloroformirt worden war, verschwand und ohne dass man über den Verbleib der Flüssigkeit etwas ermitteln konnte, nach mehreren Tagen allmälig wieder kam und in der nächsten Zeit vielfach schwankte. Schliesslich Nephrotomie und Heilung bis auf eine kleine Fistel, zu deren Heilung Patient bei Abschluss des Berichtes wieder in Behandlung kam. Die Anamnese, die eine ziemlich acute Entstehung der Pyonephrose darthat, vermochte inzwischen nicht deren absonderlichen Verlauf zu erklären.) — 41) Noble, P. Charles, Moveable kidney. Gaillard's medicale Journal. (Reprinted; lediglich Bekanntes.) — 42) Pawlik, K., Casuistischer Beitrag zur Diagnose und Therapie der Geschwülste der Nierengegend. Arch. f. klin. Chir. LIII. S. 530. — 43) Parkins, William George, Extraperitonale exploration of the urether followed by nephrolitothomy. Ann. of surg. XXIV. Aug. p. 496. — 44) Perthes, Georg, Aus der chirurgischen Klinik zu Bonn. Ueber Nierenexstirpationen. Deutsche Zeitschr. für Chir. XLII. S. 201. — 45) Popport, Ueber Nierenchirurgie (mit Krankenvorstellung, Med. Ges. in Giessen). Deutsche med. Wochenschrift. 1891. Vereins-Beilage. (1. 15jährig. Mädchen, fast 2 Jahre leidend, linksseitige Nierengeschwulst, dann Hämaturie. Diagnose vor der Operation: Sarcom. Sacrolumbaler Schnitt, dem ein bis zur Linea mamillaris verlaufender Querschnitt aufgesetzt wurde. Riss im Peritoneum sofort genäht. Kindskopfgrosser Tumor des unteren Drittels der Nieren, die beiden oberen durch Bindegewebe scharf abgegrenzt. Nierenbecken von oben nach unten zusammengedrückt. Heilung nach $^3/_4$ Jahren constatirt. Das Rundzellensarcom zeigte vielfach regressive Veränderungen. — 2. Pyonephrosis dextra acuta bei einer 36jähr. Frau aus unbekannter Ursache entstanden. Die Diagnose nach der Nephrectomie lautete: eitrige Herderkrankung im Beginn der Einschmelzung. — 46) Reid, W. L., A case of large tumour of Kidney removed by abdominal section. (Glasgows Pathol. and Clin. soc.) Glasgow. med. Journ. March. p. 225. — 47) Richardson, Maurice H., Two cases of perforating gunshot wound of the Kidney. Ann. of surg. XXIV. Dec. p. 716. (Von den beiden Fällen war der erste von vornherein hoffnungslos, als die Leber mit verletzt war; die Kugel war von vorn durch den linken Lappen ca. $^3/_4$ cm vom vorderen Rand der Leber, dann diagonal unten durch den Lobulus quadrat., sowie durch den rechten Lappen nahe der Mitte von dessen Unterfläche gegangen, dann durch Nierenbecken mit Verletzung der V. renal. und durch die Niere resp. unter der Niere. Die Niere wurde 15 Stunden nach der Verletzung entfernt. † 4 Stunden nach dieser an Blutung und Shock. Revolverschuss à bout portant. — Im zweiten Fall war die Verletzung eine sehr ähnliche, aber die Kugel war nach Durchbohrung der Leber nur mitten durch die Nierensubstanz und von dort durch das Zwerchfell in die Pleura gegangen. Nierenbecken und Gefässe unverletzt. Conservative Therapie. Genesung in 4 Wochen trotz rechtsseitiger Pneumonie. Die Kugel lag unter der rechten Spin. ant. sup. il.) — 48) Rosenthal, N., Zur Aetiologie der Wanderniere. Therapeut. Monatsh. Dec. S. 643. — 49) Rossi, Umberto, (Istituto anatom. di Firenza. Prof. G. Chiarugi), Su alcune anomalie congeniti dell' apparato uro-genitale. Lo Sperimentale. p. 177. (Kurze Beschreibung von Leichenbefunden, z. Th. von schematischen Abbildungen begleitet: 1. Ectopie beider Nieren in die beiden Darmbeingruben: Leichenbefund bei einem an Lungenentzündung verstorbenen 60jähr. Mann. Sehr eigenartige Gefässramification. — 2. Hufeisenniere bei einem Erwachsenen, in Höhe des 3.—4. Lendenwirbels. Gefässe theils aus den Aa. mesenter., theils aus der Aorta stammend. — 3. Doppelte rechte Niere mit sich vereinigendem Ureter. Die Nieren lagen über einander, die tiefere reichte bis zum 5. Lendenwirbel. Linke Niere fehlt. — 5. 38jähr. Frau, starb an Pneumonia duplex. Rechte Niere normal, linke in die Fossa iliaca ectopirt. — 6. Der einzige Fall, der klinisches Interesse haben konnte; die linke Niere normal in Form und Lage, der Ureter im unteren Drittel erweitert; die rechte Niere fehlt. Die 28jähr. Frau war vor Kurzem entbunden, der Uterus noch nicht völlig zurückgebildet. Ovarium und Tube rechts ebenfalls defect.) — 50) Routier, A., Pyélonéphrite. — Nephrectomie. — Guérison. Bull. et mém. de la soc. de Chir. p. 233. (1. 37jähr. Mann, Pyonephrose aus unbekannter Ursache, Diagnose unsicher, Incision in der Lin. mediana. Entleerung von an Microben reichem, aber kaum culturfähigem Harn. Wegen der sehr lästigen pyonephrotischen Fistel $3^1/_2$ Mon. später transperitoneale Exstirpation der linken, noch zur Hälfte nicht zerstörten Niere, Heilung. — 2) Seit 7 Jahren kranke und seit 2 Jahren an Albuminurie leidende

Frau; seit 2 Monaten an Umfang wechselnde linksseitige Nierengeschwulst. Die deformirte vergrösserte Niere, welche vielfache, ebenso vielen Abscessen entsprechende Hervortreibungen hat, durch Decortication entfernt. Elastische Ligatur des Stiels en masse. Abstossung des Stiels nach 1 Monat. Heilung.) — 51) Schäffer, Beitrag zur Beurtheilung und Behandlung von Bauchschusswunden. Deutsche militärärztl. Zeitschr. S. 513. — 52) Schramm, Justus, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett nach Nierenexstirpation. Berl. klin. Wochenschr. No. 6. (Ausführlicher Bericht über eine 25jähr. Patientin, die $3^3/_4$ Jahr nach der Exstirpation heirathete und $4^1/_2$ Jahr später normal entbunden wurde. Während der Gravidität Polyurie, während des Wochenbettes aussetzender Puls. Vergl. das Orig.) — 53) Sotheisen, Ein Beitrag zur Chirurgie der Nieren. Arch. f. klin. Med. S. 721. — 54) Stone, J. T., Nephroptosis-moveable kidney. Am. med. News. No. 26. (6 kurz referirte von verschiedenen Aerzten verrichtete Nephropexien.) — 55) Steele, A. K., Sarcoma of the kidney in children. Philad. med. and surg. Report. Febr. 1. (Von 4 Fällen, die Verf. beobachtet, endeten 2 unoperirt tödtlich. In beiden wurde die Autopsie verweigert. In dem 3. Falle wurde bei einem 16 Monate alten Knaben ein 7 Pfund schweres Melano-Lipo-Sarcom der linken Niere entfernt. Operative Heilung. In dem 4. Falle wurde ein kleinzelliges Spindelsarcom der rechten Niere einem 3jährigen Mädchen exstirpirt. In beiden Fällen abdominale Nephrectomie. Zum Schluss kurzer Bericht über ein kindskopfgrosses Medullarsarcom der rechten Niere bei einem lange durch Pfuscher behandelten 3jähr. Knaben.) — 56) Tuffier, Néphrolithotomie des petits calculs du rein. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. p. 473. (Der eine 40jähr. arthritische, seit lange an rechtsseitigen Nierencoliken leidende Frau betr. Fall ist dadurch ausgezeichnet, dass die Niere nicht vergrössert war und nach Freilegung nichts von Stein erkennen liess. Sectionsschnitt bei gleichzeitiger Compression des Hilus; Extraction eines 3:1 cm messenden, mit einem Querast von 0,5 cm versehenen Uratsteines; beginnende Hydronephrose; Nierennaht; Heilung.) — 57) Viebergall, Die primären und die secundären Eiterungen in dem die Niere umgebenden Fettzellgewebe (primäre und secundäre Paranephritis). Dtsch. militärärztl. Ztschr. H. 8—10. (Das Werthvolle an dieser Monographie ist die Wiedergabe von 20 Fällen, darunter je 10 primäre und secundäre Paranephritiden, und die Benutzung der Sanitätsberichte des Heeres. Die Darstellung bewahrt den neuesten Standpunkt, ohne gerade etwas Neues zu bringen.) — 58) Wagner, Paul, Zur Kenntniss der traumatischen Hydronephrose. Centralbl. f. d. Krankh. der Harn- u. Sexualorgane. S. 1. — 59) Watson, F. S., Cases illustrating renal surgery. Boston med. and surg. Journ. June 11. July 2. (Surg. sect. of the Suffolk district med. soc. Discussion ibid. July 23.) — 60) Way, J. Hewell, A clinical view of pyelitis, with report of a recent case successfully treated by incision and drainage. Amer. med. News. Sept. 26. (Die Operationsgeschichte, betr. die linksseitige Pyonephrose eines 36jähr. Mannes, ist durch die begleitenden Nebenumstände bemerkenswerth. Operation in einer Berghütte; keine Chloroform- oder Aethernarcose, dagegen Darreichung von 4 Unzen Whisky und Injection einer 4pCt. starken Cocainlösung, der Incision entsprechend. Glatte und schnelle Heilung. Aus dem Schnitt floss nur wenige Tage Harn.) — 61) Wehner, William H., Report of a case of renal calculus. Philad. med. and surg. Rep. May 30. (Die 30jähr. Patientin entleerte einen von der Vagina als im Ureter eingeklemmt fühlbaren Stein spontan.) — 62) Wantscher, Johannes, Beitrag zur Aetiologie und chirurgischen Behandlung der acuten eiterigen Pyelonephritis. Inaug.-Abh. Greifswald. (Betr. eine 24jähr. Patientin, welche 8 Tage nach der rechtsseitigen Nephrotomie starb. Die Section ergab doppelseitige Nephrolithiasis. Rechts die Nierensubstanz fast ganz geschwunden, im Ureter ein ca. 1 cm langer Nierenstein, ebenso linke Niere geschwunden, im Ureter ebenfalls ein Stein.) — 63) Wright, G. A., Reinpuncture. Brit. med. Journal. Nov. 14. p. 1445. (W. macht darauf aufmerksam, dass die von Harrison zur directen Blutentziehung aus der Niere empfohlene Punction einige Mal in Hydronephrosefällen bereits angewandt worden ist.)

Bei einer 22jährigen, seit drei Jahren an Unterleibsschmerzen leidenden Patientin wurde links hinter dem Uterus ein apfelgrosser, aus einem oberen und unteren durch Mittelstück verbundenen Theil bestehender Tumor constatirt und ohne sichere Diagnose ein Myom im Ligam. latum angenommen. Bei der Laparotomie zeigte es sich, dass es sich um eine Niere handelte, und zwar um die linke, da die rechte in situ gefühlt werden konnte. Nach Exstirpation der Niere, welche bis auf embryonale Lappung und Entsendung von 2, erst 3 cm tiefer sich vereinigenden Ureteren sich normal verhielt, erfolgte Heilung.

In der Epicrise hat Alsberg (2) noch 5 Fälle von Nierendystopie sammeln können, welche zu chirurgischen Eingriffen Anlass gaben. Darunter der im Bericht pro 1893. II. S. 426 Fall von De Page und der im vor. Bericht referirte Fall Graser's, ferner 2 aus der Heidelberger und 1 aus der Billroth'schen Klinik. Einmal wurde die dystope Niere zufällig gefunden, 5 mal war sie direct Gegenstand eines Eingriffes, darunter 2 mal bei Pyonephrose, 3 mal bei gesundem Organ. 2 mal wurde die Niere exstirpirt (darunter 1 mal eine überzählige), 1 mal wurde nur ein Stück entfernt und dann die Operation abgebrochen. Im Allgemeinen hält A. die Nephrectomie einer diagnosticirten gesunden dystopen Niere nicht für angezeigt, leider wurde in keinem der 6 Fälle die Diagnose vor dem Eingriff gestellt.

Der Fall von Bell und Parkin (6), betreffend eine seit 4 Tagen bestehende Anuria calculosa bei einem 56jährigen Patienten ist typisch für den Nutzen eines richtig geleisteten operativen Eingriffs.

Pat. hatte lange schon an den Nieren gelitten, erst an der rechten, dann an der linken, und die Gegend der letzteren war trotz der urämischen Benommenheit auf Druck empfindlich. Freilegung der Niere durch Schrägschnitt und Incision in dieselbe ergaben aber keinen Stein, nur sehr starke Blutung, so dass die Niereneincision tamponirt werden musste. Bei Untersuchung des Nierenbeckens von hinten fand man einen $1^1/_2$ und 1" messenden, mit der Spitze bereits im Ureter steckenden Stein, nach dessen Entfernung Polyurie durch die Wunde, vom 4. Tage an Entleerung per vias naturales eintrat. Volle Heilung.

Von vier im Kaiser-Franz-Josephs-Kinderspital zu Prag behandelten Nierensarcomen bei Kindern theilt Bittner (8) einen ausführlich mit, betreffend eine linksseitige grosse, mit einem Stiel nach der linken Niere zu sich erstreckende, sehr grosse, in vier Monaten bei einem 3jährigen Mädchen aufgetretene Geschwulst. Laparotomie in der Lin. med. Heilung. Die microscopische Untersuchung ergab nur ein Spindelzellensarcom mit vielgestalteten Zellen. Abschluss des Berichtes bei Entlassung der Pat. Von den 3 übrigen Fällen endete der erste, einen 7 Monate alten Knaben betreffend, der durch Laparotomie von einem Adenocarcinom der Niere befreit worden war, nach einer über ein Jahr betragenden recidivfreien Zeit an Lebermetastase. In dem 2. Falle (Sarcoma renis dextr.) über-

lebte der sehr herabgekommene 2jährige Knabe den Eingriff nur 3 Tage. — Der 3. Pat. (Alveolar-Sarcom der rechten Niere), ein 6jähriger Knabe, starb nach etwas mehr als 1 Jahr an einer (wahrscheinlich metastatischen) Lungenaffection.

Cabot (12) hat in einem Falle von Hydronephrose behufs Durchgängigmachung des Harnleiters statt eingreifender Operationen die Verweilbougie erfolgreich angewandt.

Die betreffende 32jährige unverheirathete Patientin hatte seit 2 Jahren eine rechtsseitige, bewegliche und fluctuirende Unterleibsgeschwulst, welche erst nach Probebauchschnitt und gleichzeitiger Entleerung durch Punctio lumbalis als Hydronephrose erkannt war. Die 6 Wochen nach Wiederfüllung des Sackes durch Lendenschnitt ausgeführte Eröffnung des Ureters und der Niere zeigte, dass erstere von der Cyste mit trichterförmiger Oeffnung in geschlängeltem Verlauf nach dem Becken zu ging. Da die Stelle der Verengerung in dem geschlängelten Theil des Harnleiters sich nicht darthun liess, wurde eine Bougie No. 6 (franz.) bis in die Nähe der Blase geführt, die Wunde des Sackes mit Catgut an die Musculatur der weichen Bedeckungen befestigt und dann das Nierenbecken drainirt. Die Bougie blieb $3^1/_2$ Tage, die Drainage des Nierenbeckens 19 Tage liegen. Völlige Genesung trotz vorübergehender Secret-Verhaltung in 7 Wochen und noch nach fast 7 Monaten constatirt.

Cramer (14) berichtet folgende zwei Fälle einer Querresection der Niere wegen Tuberculose.

1. Bei dem 32jährigen, früher gesunden, nicht belasteten Patienten, der vor zwei Monaten einen Stoss gegen den Bauch erhalten, schwankte die Diagnose zwischen Paratyphlitis und Psoitis bezw. Senkungsabscess. Erst nach über 4 Monaten wurde ein Tumor der rechten Niere nachgewiesen, nach deren Freilegung durch Thürflügelschnitt Volumszunahme des unteren Pols constatirt wurde. Durch eine absichtliche Eröffnung des Bauchfelles an der vorderen Seite der Niere wurde das normale äussere Verhalten der anderen Niere constatirt. Die Geschwulst am unteren Pol der rechten Niere erwies sich besetzt mit hirsekorn- bis erbsengrossen Knötchen, der untere Pol gesund; Querresection ohne Eröffnung des Nierenbeckens. Pat. erholt sich nicht von dem nur 25 Min. währenden Eingriff und stirbt nach fünf Stunden; keine Autopsie; die microscopische Prüfung des entfernten Nierenstückes bestätigte die Diagnose auf Tuberculose. — 2. Der 18jährige, vielfach kränkelnde Pat. kam mit deutlichem linksseitigem perinephritischem Abscess zur Operation. Da die obere Hälfte der Niere normal, wird nur der untere, verfärbte, disseminirte gelbliche Stellen zeigende Abschnitt entfernt, indem so lange Scheiben abgetragen wurden, bis nur noch Gesundes in der Schnittfläche lag. Eröffnung des Nierenbeckens; Tamponade; Heilung durch Granulation; nach $^1/_4$ Jahr Pat. wohl und gesund.

In der Epicrise wird auf die Berechtigung der Querresection bei beschränkter hämatogener Nierentuberculose (schon von Israel erfolgreich ausgeführt) hingewiesen, zumal bei 100 Nephrectomien Palet nur 16 mal beiderseits Erkrankung fand.

Enderlen (19) berichtet über die linksseitige Hydronephrose eines 25jähr. Mädchens, zu deren Heilung nach Eröffnung der Nieren durch Sectionsschnitt der Ureter ohne Trennung vom Nierenbecken an dessen tiefster Stelle implantirt wurde. Es entleerte sich aller Harn durch die Lendenfistel und die Blase blieb leer; Pat. starb nach 9 Tagen urämisch und während die äussere Untersuchung bei Lebzeiten die rechte Niere normal ergab (die Cystoscopie war nicht gemacht), zeigte die Autopsie rechtsseitige Hydronephrose in Folge von Harnleiterobliteration, deren Ursache nicht mehr festzustellen war, obschon sie auf einige Jahre zurückdatirt werden musste. Links war der Ureter durchgängig, der Abfluss des Harns war aber durch die Fistel erfolgt, da diese bei horizontaler Lage der Pat. sich unter dem Niveau der Harnleitermündung befand.

In der Epicrise hat E. 6 Fälle von Harnleiterimplantation bei Hydronephrose zusammengestellt und empfiehlt diese Operation zu häufiger Verwerthung.

Fanger (21), der seine erste plastische Operation zur Beseitigung des klappenförmigen Verschlusses der Ureterenmündung 1894 veröffentlichte, hat — das Nähere siehe weiter unten — an der Hand von 2 Fällen eine längere Arbeit über Hydronephrosis und deren Complicationen geliefert. Speciell werden die durch Bildung mehrerer Säcke und Nebenhöhlen erschwerten Fälle einer eingehenden Würdigung unterzogen. In diesen soll man in Zukunft nicht direct in das Nierenbecken einschneiden, sondern durch Abtrennung der Nierensubstanz (Bisectio renis) die verschiedenen Höhlen und Herde der Reihe nach freilegen. Wir müssen uns im Uebrigen begnügen, aus der mehrere Bogen starken Abhandlung die wesentlichsten Grundsätze Verf.'s bei der Hydronephrosen-Behandlung herauszuheben.

Im Allgemeinen erfordert ein conservatives Verfahren eine Reihe hintereinander auszuführender Eingriffe bei Cystonephrose.

1. Einfache Hydronephrosis erfordert lumbale Nephrotomie mit Tamponade und aseptischer Drainage. Bleibt eine Harnfistel noch nach 3 Monaten, so sind die Operationen für Ureter-Stenose bezw. für klappenförmige oder schiefe Insertion des Harnleiters indicirt. Bleibt trotzdem die Fistel, und ist der Ureter zugänglich, so sitzt das Hinderniss oberhalb des Ureters. Dann ist die Operation für Ren sacculatus (Bisectio renis) und Trennung der Zwischenwände zwischen den einzelnen Kammern und Säcken indicirt. Die Freilegung des kranken Gebiets und die Durchgängigkeit des Ureters lassen sich durch Bougie oder Injectionen beweisen, und man kann dann auch Heilung der Fistel nach Vereinigung der Nierenwunden erwarten. Diese Vereinigung kann aber nur dann erfolgen, wenn etwaige Pyelitis durch Irrigation völlig geschwunden. Die Möglichkeit eines Schlusses der Fistel, bevor der Urin eiterfrei ist, beruht darauf, dass dieser Schluss curativ wirkt, sei es durch Abschluss der Luft, sei es durch Entfernung des Drainagerohrs als einer Quelle der Reizung. In solchen Fällen besteht allerdings Pyurie noch eine grössere Zeit, wie aber F. bei 2 Kranken gesehen, geht schliesslich auf solche Weise die Ursache der Pyelitis zu beseitigen.

Uniloculäre Hydronephrosen erfordern selbstverständlich keine Bisectio renis, sondern einfach Nephrotomien zum Schluss des Einschnitts.

2. Bei Pyonephrosis ist lumbale Nephrotomie mit Drainage und Localbehandlung der Pyelonephritis angezeigt. Bleibt eine Fistel, so ist, wenn gesunder Harn abgesondert wird und die Niere sich entsprechend verkleinert, d. h. nach 2—3 Monaten die Aufsuchung des Abflusshindernisses (Ureter-Strictur und Klappenbildung an seiner Nierenbecken-Insertion) geboten. Wird trotz Durchgängigkeit des Ureter viel Urin durch die Fistel abgeschieden, liegt also das Hinderniss oberhalb des Nierenbeckens, so ist am Platz die Operation für Ren sacculatus, die Bisection. Bleibt bei freier Verbindung des functionirenden Nierenabschnittes, dennoch der Spontanschluss der Fistel aus trotz inzwischen

erfolgter Heilung der Pyelitis, so ist der Schluss der der Bisection unterworfenen Niere zu erstreben. Man löse die Verwachsungen beider Nierenhälften von der Bauchwand und nähe die Nierensubstanz zusammen.

Nephrectomie gleicht der Amputation; wie diese ist jene ein summarisches Verfahren, eines kranken Theiles sich zu entledigen. Aber während Niemand daran denkt, ein wenigstens noch theilweise brauchbares Glied zu opfern, geschieht das in Hunderten von Fällen von Hydronephrosis und Pyonephrosis.

Der durch lumbo-abdominalen Schnitt von Fischer (22) entfernte linksseitige Nierentumor war als Rhabdomyosarcom bei dem 3jährigen Mädchen schon vor der Operation durch aspiratorische Probepunction mittelst starken Trocarts erkannt, durch den Geschwulstpartikel, bestehend aus kleinen kernhaltigen Rundzellen und embryonalen quergestreiften stark glycogenhaltigen Muskelfasern, herausbefördert wurden. Lumbo-abdominaler Schnitt von der Mitte des Lig. Poupart. bis zur XII. Rippe, 20 cm lang, später noch parallel der Rippe um 5 cm verlängert; der exstirpirte Nierentumor war Mannskopfgross. Die Neubildung, vom Nierenbecken ausgehend, hatte die Nieren auseinandergedrängt, so dass sie oben und unten den Tumor schaalenförmig umgab. Im Ureter Geschwulstmassen, daher 5 cm exstirpirt; trotzdem schon nach 2 Monaten vom Ureterstumpf ausgehendes Recidiv, dessen Operation verweigert wurde. Anatomische Diagnose der Geschwulst durch Manasse: Rhabdo-chondro-myosarcoma strio-cellulare.

J. Israel (28) bringt in vorläufiger Mittheilung die Fortsetzung seiner in einem früheren Bericht referirten Erfahrungen in der Nierenchirurgie.

Er verfügt zur Zeit über 126 bezw. 131 eigene Operationen. Nach Demonstration einer Solitärniere eines Pat. mit doppelseitiger Prostata-Hypertrophie trotz Verkümmerung des einen Hodens, berichtet J. über 17 maligne Nierentumoren, 6 Krebse, 10 Sarcome, eine Struma. 2 starben nach der Operation; 1 an einer intercurrenten Krankheit, 14 sind noch am Leben, darunter 6 ohne Recidiv, während einer zwischen 1 Jahr 3 Mon. und 9 Jahren betragenden Zeit. Unter den dauernd Geheilten ist eine als 4jähr. Mädchen Operirte, die seit 4 Jahren gesund ist. An eine Frühoperation reiht J. den Bericht über eine gezwungener Weise zu spät unternommene Nephrectomie bei einem 43jähr. Pat. Es ist dieses zugleich ein Beispiel des Hineinwucherns des Sarcoms in das Nierenbecken. Sehr wichtig ist ein Fall von Resection der tuberculösen Hälfte einer Niere mit günstigem Einfluss auf die beginnende tuberculöse Erkrankung der Blase in der Nähe der Uretermündung. Ferner wird mitgetheilt ein Fall von Tuberculose mit schwieriger Diagnose und Exstirpation eines grossen Theils des kranken Ureters. Von 12 Nierentuberculosen (darunter 11 sicher primäre) wurde nur in 3 alles Kranke beseitigt. Dennoch hatten die Ueberlebenden einen grossen Nutzen von der Operation; 4 starben nach, aber nicht abhängig von dieser. Nachdem Mittheilung von eigenthümlichen Störungen, die ein mit dem Colon verwachsener Schnürlappen der Niere bedingte, und die nach Trennung der Adhäsionen und Hebung der Niere schwanden. Mit Erfolg hat J. die Heinecke-Mikulicz'sche Pyloroplastik und die Gastroplicatio zur Radicalcur der Hydronephrose auf die Niere übertragen. Ein längeres Referat sei ausdrücklich im Uebrigen für die bevorstehende ausführliche Mittheilung I.'s vorbehalten.

Eine grössere Sammelarbeit über Nierenverletzungen bringt Keen (29). Derselbe hat durch seinen Assistenten Spencer 155 einschlägige Fälle zusammenstellen und in 6 Tabellen am Schluss wiedergeben lassen. Wenn auch die Leser dieser Berichte unter den 155 Fällen vieles aus der französischen und manches aus der deutschen neueren Casuistik vermissen dürften, so ist doch trotz dieser und einiger anderen Lücken die Zahl von 155 wenigstens für einzelne allgemeine Folgerungen gross genug.

Unter den 155 Fällen sind übrigens 2 von Harnleiterruptur und 6 von Hydronephrosis traumatica miteinbegriffen, ferner besonders aufgeführt 2 Nierenresectionen wegen Nierenzerreissungen, im Uebrigen kommen auf 19 Schusswunden und 5 Wunden anderer Art 118 Nierenzerreissungen. Bezüglich der Schusswunden kommt K. nach Erörterung aller hier maassgebenden Möglichkeiten auf Grund der 19 Fälle zu dem Resultat, dass Nephrectomie zwar auf 5 Operationen 4 † brachte, aber von diesen nur 2 auf Rechnung des Eingriffs. Dagegen starben von 5, in denen nicht die Nephrectomie gemacht worden, 3 an Peritonitis und 2 an Blutung. Unter den so Genesenen wurde in einem complicirten Falle der Bauchschnitt mit Gegenöffnung in der Lende und Gegendrainage gemacht. In zwei anderen fehlten Zeichen innerer Blutung und ein rein conservativ-exspectatives Verfahren hatte Platz, in einem anderen begnügte man sich mit Entfernung der Gedärme und Tamponade, in einem endlich, in dem die Milz mitgetroffen, wurde diese unterbunden und dann drainirt. Von 8 anderweitig als durch Schuss erzeugten Wunden endeten 6 in Genesung, 2 in Tod (durch Suppressio urinae bezw. Sepsis). Bei Blutung soll, wenn nöthig, die äussere Wunde erweitert und die Blutung gestillt, eine Nierenwunde genäht oder ein Partikel entfernt werden, ebenso ist eine Nierenbeckenwunde zu nähen. Bei Betheiligung der grossen Gefässe und Laceratio renis ist sofort zu nephrectomiren, ebenso später, wenn die Niere eiterig inficirt ist. Nebenverletzung des Bauchfellsackes kann Laparotomie erfordern. Von 118 Nierenrupturen sind 117 zu verwerthen mit 50 (42,7 pCt.); in 17 war jede Therapie vergeblich, weil die andere Niere 1 mal fehlte, 2 mal beide verletzt, 12 mal bestanden Nebenverletzungen. Von den übrigen 100 starben 33, aber darunter 13 sehr bald, ohne dass eine Operation versucht war. Ebenso starben 10 ohne Nephrectomie später, 8 septisch, 2 durch Blutung. Die Nephrectomie bei Zeiten ausgeführt, gab auf 5 Fälle † 1, die secundäre Nephrectomie auf 14 † 3. Inzw. hatten 3 abdominale Operationen † 3, 14 lumbale † 9. K. glaubt, dass die grosse Masse der ohne Operation Genesenen leichte Fälle sind, von den schwereren Keiner ohne Operation heilt. (Freilegung der Niere, Blutstillung durch Tamponade, Sutur und andere Mittel sind nicht erwähnt.) Die Geschwulst erwies sich als eine Mischform, als ein Spindelzellensarcom mit vielen Bindegewebszügen, deren Gewebe stellenweise glatte oder undeutlich quer gestreifte Musculatur aufwies. Drüsenschläuche der Niere sind stark in die Geschwulst hineingewuchert; — das interstitielle Gewebe stark vermehrt. Die Grenze der Invasion der Geschwulst in der Niere markiren Rundzellennester, welche weitere Ausgangspunkte für die Neubildung darstellen. Während in einem grossen Theil der Geschwulst Spindel- und auch Rundzellen überwiegen, war sie an anderen Stellen rein fibromatös. Von Nebenniere war am Präparat nichts zu sehen. Als Ausgangspunkt wurde das interstitielle subcapsuläre Gewebe, bezw. dessen Lymphspalten betrachtet (also Adeno-Myo-Lymphosarcoma pararenale. Ref.).

Im Anschluss an seine im vorigen Bericht referirte Arbeit über die bewegliche Niere lässt Kofmann (31) eine Studie über die chirurgische Topographie der Niere im Allgemeinen folgen. Wir geben die Schlusssätze wieder:

1. Das Colon asc. resp. desc. liegt nicht vor der

entsprechenden Niere, wie fast alle Autoren annehmen, sondern das Colon asc. deckt den unteren Pol der rechten Niere und geht dann entlang seinem medialen Rande nach oben; während das Colon desc. sich am lateralen Rande der linken Niere senkt. — 2. Die Nieren besitzen ausser der Caps. adiposa noch eine oberflächliche Capsel, deren hintere Hälfte, Fascia retrorenalis genannt, für beide Nieren gleich ist, die vordere dagegen insofern differirt, als sie für die rechte Niere einschichtig, für die linke aber grösstentheils zweischichtig ist. — 3. Der Magen tangirt mit grosser Wahrscheinlichkeit nur in gefülltem Zustande die linke Niere. — 4. Die linke Niere ist, wie aus den Beziehungen des Darmes und ihrer Umhüllungen ersichtlich, mehr fixirt als die rechte, weshalb die mobile Niere rechts häufiger ist, als links. — 5. Die Contactfläche der Niere mit dem Zwerchfell (und mit der Pleura) ist rechts unbedeutend, links dehnt sie sich auf das ganz obere Drittel der Niere aus. — 6. Das Vorliegen des Colon vor den Nierentumoren, das von Allen als diagnostisches Hauptmerkmal bezeichnet wird, behauptet seine Geltung nur in einzelnen Fällen.

Kremser (31a) berichtet über 10 subcutane Nierenverletzungen, welche von 1881—1895 in Hamburg im Seemannskrankenhaus beobachtet wurden. Von diesen 10 Fällen starben 3 und zwar 2 an Nebenverletzungen (Schädelbruch, resp. Milz-Zerreissung) und 1 nach 5 Tagen, nachdem die Nierensymptome bereits zurückgegangen waren, an Pneumonie. Von den Genesenen boten 5 sehr schnellen Rückgang dieser Symptome, bei 2 waren dieselben ernster. Ursache der Verletzung war 5 mal indirecte Gewalt (2 mal Sturz aus mässiger Höhe, 1 mal Aufschlagen der betr. ganzen Körperseite auf eine ebene Fläche), 2 mal direct die Nierengegend treffende Schädlichkeit. Dem Schema von Herzog, dass bei den indirecten Gewalten Hilus-Risse und retroperitoneale Blutungen die Regel bilden, entsprach nur 1 Fall, der an Schädelbruch Verstorbene. Die 5 in Genesung endenden Fälle boten nur Hämaturie und kurz dauernden örtlichen Schmerz, in 2 genesenen Fällen von directer Gewalt bestand dagegen eine retroperitoneale Blutung ohne Bauchfellverletzung. Diese beiden Fälle hatten die längste Dauer der Hämaturie von 13, resp. 21 Tagen, in den 5 anderen schwankte sie zwischen 2—12 Tagen. Shock bestand in keinem Fall, Heilung erfolgte durch exspectative Therapie ohne Operation.

Von Newman's (39) beiden Nierenkrebsfällen bietet der zweite mehr pathologisch-anatomisches Interesse. Bei dem unter den Erscheinungen acuter Tuberculose verstorbenen Mann fand man eine Geschwulst von der Grösse einer Cricketkugel, auf dem Durchschnitt rosa mit einzelnen Erweichungsherden und Blutaustritten von fester Consistenz und anscheinend deutlich durch eine Capsel von der Umgebung getrennt. Microscopisch aber liessen sich Uebergänge des Nierenbindegewebes und des Epithels der Harncanälchen in den Tumor finden. Letzterer nahm allmälig den Character des Krebses an. Die Hauptsache war aber die ausserordentliche Bösartigkeit des Krebses. Die Verbreitung schien durch die Lymphgefässe zu erfolgen, eigentlich waren von inneren Organen Pancreas und Milz frei, die Haut, die Schleimhäute und Serosen waren betheiligt. Der erste Pat., 56 Jahre alt, hatte 10 Jahre Steinsymptome mit Hämaturie geboten mit starkem linksseitigen Nierenschmerz. Unter Schwankungen zwischen besser und schlechter kam er in N.'s Behandlung. Der Urin enthielt Blut, ausserdem aber Eiweiss und Cylinder. Beim Harnleiter-Catheterismus fand sich eine linke Niere als Quelle der Blutung, von der rechten kamen das Eiweiss und die Cylinder. Pat. erholte sich wieder, die Hämaturie schwand auf Monate, nach $1\frac{1}{2}$ Jahren war er aber sehr herunter und eine deutliche linksseitige Nierengeschwulst fühlbar. Pat. starb nach $\frac{3}{4}$ Jahren. Die linke Niere enthielt 5 Oxalat-Steine, Nierenbecken und Kelche stark erweitert; die obere Nierenhälfte in einen Krebs verwandelt.

Pawlik (42) giebt in ausführlicher Darstellung begleitet von längeren epicritischen Bemerkungen sechs der Nierenchirurgie angehörige Fälle, deren wichtigste Daten wir hier recapituliren:

I. 28jähr. Frau, vor $1\frac{1}{2}$ Jahren entbunden, seit ca. 4 Mon. mit einer rechtsseitigen anfangs faustgrossen Bauchgeschwulst über dem Lig. Poupart., welche allmälig wuchs und zeitweise schmerzte. Ovaler fester Tumor in der rechten Bauchhälfte in Nabelhöhe, der Längsachse entsprechend orientirt; Dimensionen 14 zu 15 cm. Verschieblichkeit in lumbo-abdominaler Richtung und auch nach innen, das aufgeblähte, innen liegende Colon hebt die Geschwulst nach der Nierengegend; durch bimanuelle Palpation liess sich ein erhaltener Theil der Niere am oberen Geschwulsttheil nachweisen; die Function der Niere blieb beim Uretercatheterismus nur wenig hinter der der linken zurück. Transperitoneale Laparotomie ermöglichte Ablösung des eine medullare, blutige Flüssigkeit haltende Höhle bietenden Tumors sammt der Niere. Drainage von der Lende her. Heilung in 6 Wochen, noch nach 9 Mon. constatirt. Der vom Nierenbecken durch normales Nierengewebe, von diesem durch eine Bindewebscapsel getrennte Tumor war ein gefässreiches kleinzelliges Spindelzellensarcom.

II. Hydronephrose der unteren Hälfte der rechten Niere, Ureteranomalie, partielle Nephrectomie bei einer 50jähr. Frau, die seit acht Jahren einen anfangs taubenei-, dann gänseeigrossen, zuletzt mannskopfgrossen Tumor hatte, der sich deutlich in die Lumbalgegend erstreckt. In letzterer konnte man die Fortsetzung der Niere auf den Tumor abtasten. Harnleitercatheterismus zeigte sehr herabgesetzte Leistungsfähigkeit der rechten Niere. Transperitoneale Operation ergab gablige Theilung des rechten Ureters nahe der Niere und partielle Hydronephrose der unteren Nierenhälfte. Nach Abbinden und Abglühen das zur Hydronephrose gehörigen Ureterstückes wird der hydronephrotische Sack an der Grenze des functionirenden Nierenparenchyms abgeschnitten. Es bleiben zwei schüsselförmige Vertiefungen zurück, der zurückgelassene Ureter erwies sich als durchgängig. Heilung, doch bereits am 19. Tage sich wiederholende Colikanfälle, die sich durch Bandagenbehandlung besserten. Nierencatheterismus ergab auf der operirten Seite 6 Mon. nach der Operation ganz normalen, aber quantitativ viel geringeren Urin.

Im Anschluss an diese beiden Fälle weist P. darauf hin, dass die Diagnose auf Nierentumor durch Nachweis des erhaltenen knaufartigen Nierenrestes gestellt werden konnte. Dieses von P. gefundene Hülfsmittel, das namentlich die Diagnose gegenüber von Eierstockgeschwülsten sichert, ist von P. 4 mal erfolgreich benutzt worden. Der Catheterismus des Ureter bestätigte nur beide Male die Diagnose und zwar gleichzeitig, dass die betr. Niere in dem einen Falle nur theilweise thätig war. Ueber die Natur der Geschwulst liess sich nur in diesem Falle Näheres dahin aussagen, dass der Tumor cystisch war. Die Colikanfälle nach der Operation sind ein Beweis für vorübergehende Stauung im Nierenbecken. Im Ganzen hat P. 12 Nierenresectionen (exclusive seiner eignen) sammeln können. Unter diesen betrafen je 3 Nierensteine, bezw. bösartige Geschwülste, 2 Echinococcen; die übrigen vertheilen sich auf je 1 Pyonephrose, ferner eine Cyste und einen Fall von Verletzung bezw von Fistel. Hieran reihen sich einzelne Fälle zufälliger partieller Nierenexstirpation.

III. Fall. Retrorenale seröse Cyste. Lumbale Incision. Drainage-Heilung. In diesem eine seit 2 Jahren kranke 43jährige Frau betreffenden

Falle liess sich vor der Operation nur die unbestimmte Diagnose einer linksseitigen Cyste — retroperitoneal — feststellen. In der Absicht, eine Lendenfistel anzulegen, machte P. einen entsprechenden Schnitt und entleerte durch Punction 4400 ccm klarer gelblicher Flüssigkeit. Der Sack lag hinten der völlig normalen Niere an. Ein Stück der Wandung wurde zur Untersuchung herausgeschnitten, die Wandung im übrigen in die Wunde eingenäht und dann drainirt. Nach 30 Tagen wurde keine Flüssigkeit mehr abgesondert, volle Heilung noch nach über 2 Jahren dargethan.

An diesen Fall knüpft P. eine Art kleiner Monographie über die retrorenalen Cysten, in welcher er in dankenswerther Weise 3 dem deutschen Leser schwerzugängliche einschlägige Fälle Przewoski's in extenso bringt. Die hierher gehörigen Beobachtungen betreffen alle Patienten reiferen Alters; sie unterscheiden sich nicht von den sonstigen retroperitonealen Cysten: werthvoll ist hier der Catheterismus des Uretes für den Nachweis der Gesundheit der Niere. In P.'s Fall bestand die Cystenwand aus sehr gefässarmem Bindegewebe, die in ihr enthaltene Flüssigkeit liess Harnstoff und Harnsäure wohl in Spuren, daneben aber viel Eiweiss erkennen, unterscheidet sich also vom Inhalt der Hydronephose.

IV. Fall. Grosse hämorrhagische Cyste der linken Nebenniere bei einer seit Jahren leidenden 40jähr. Frau, anfänglich als eine grosse Hydronephrosis imponirend, bei längerer Untersuchung (auch durch Ureter-Catheterismus) als Cyste erkannt. Dieselbe vom oberen Pol der Niere, bezw. von den Nebennieren ausgehend, hatte die Niere selbst aus der normalen Lage unter Vortreibung des Bauchfelles nach der rechten Seite verschoben. Thatsächlich fand man bei der Laparotomie eine sackartige Verbindungsbrücke zwischen dem cystischen Tumor und der Niere; nach Ligatur der Brücke wurden unter Zurücklassung eines Stückes Cystensack die Geschwulst entfernt. Reposition der Niere gelang nicht, der colossale retroperitoneale Wundraum musste von der Lende her drainirt werden. Heilung.

Aus der genauen histologischen Untersuchung erhellt, dass es sich um eine hämorrhagische Nebennierencyste gehandelt. Es ergab sich dann auch nachträglich ein Trauma als Entstehungsursache. Blutcysten der Nebennieren hat man wiederholt beschrieben. P.'s Fall ist aber der erste operativ behandelte. Ausserdem hat Nicoladoni einmal wegen Krebs die Nebenniere exstirpirt.

P. theilt noch 2 Fälle mit. Der eine ein metastatisches Sarcom des Mesocolon bei einer 55jähr. Frau betreffend, wurde erst nach der Probeincision erkannt. Bei der Section fand sich die Primärgeschwulst im Uterus. Der zweite Fall (melanotischer Krebs beider Nebennieren) gab zu keiner Operation Anlass. So interessant beide sind, so gehören sie doch eigentlich kaum noch zur Nieren-Chirurgie.

Parkin's (43) Fall von Nierensteinschnitt ist ein Beispiel sorgfältigen Operirens.

Der 48jährige Patient, schon seit 17 Jahren an Steincolikanfällen zum Theil mit Entleerung von Concrementen leidend, hatte in der linken Regio iliaca eine sehr schmerzhafte Stelle, jedoch ohne Ausstrahlung nach Hoden oder Lende. Man fühlt von der Mitte des Lig. Poupart. einen schmerzhaften, bis über die Spin. ant. il. sich erstreckenden Strang. Untersuchung der Niere, der Blase und des Mastdarmes negativ. Man nahm einen Ureter-Stein an: Schrägschnitt in der linken Regio iliaca, die schmerzhafte Stelle in die Mitte nehmend, Ablösung des Bauchfells und Einwärtslüftung zeigten den Ureter anhaftend aber normal, man verlängerte den Schnitt nach der Lende, fand aber die Niere normal, jedoch bei Acupunctur vom äusseren Rande her einen Stein, der durch Sectionsschnitt entfernt, sich als ein 82 g schweres $^7/_8 : ^{11}/_{16} : 1''$ messendes ovoides Oxalat erwies. Naht des 12" langen Schnittes bis auf die oberste Stelle, dort Drainage.

P. hat aus der anglo-americanischen Literatur noch 6 Fälle von extraperitonealer Freilegung des Ureters zusammengestellt, irrt aber, dass dieses die einzigen sind; sicher ist ihm aber beizustimmen, dass die sogenannten rationellen Symptome der Harnleitersteine nur mit Vorsicht zu verwerthen sind.

Perthes (44) berichtet aus der Bonner Klinik von 23 Nierenexstirpationen (seit 1885 ausgeführt) mit † 4 (17,4 pCt.). Von den 22 durch Trendelenburg selbst verrichteten Nierenexstirpationen waren 15 transperitoneal, 7 extraperitoneal und zwar wurden von 12 bösartigen Geschwülsten alle transperitoneal, von 4 Hydronephrosen bezw. Pyonephrosen 3 transperitoneal, 1 extraperitoneal ausgeführt, während letzterer Operation 4 Nierentuberculosen und 2 Pyelonephritiden anheim fielen. Vergrösserte Nieren wurden demnach (mit 1 Ausnahme) transperitoneal, nicht vergrösserte extraperitoneal entfernt. Dieses dem in Deutschland üblichen entgegengesetzte Verfahren wird von Verf. durch die bessere Möglichkeit einer Orientirung vom Bauche her über die gesunde wie namentlich über die erkrankte Niere gerechtfertigt, ferner durch die erleichterte Ausführung, während man beim Schnitt von der Lende her noch besonders die (manchmal unmögliche) Schonung des Bauchfelles berücksichtigen muss. Verf. weist die Gefahr grösseren Shocks bei Eröffnung des Bauchfelles als durch die neuere Darmchirurgie widerlegt zurück, ebenso wie die Gefahr einer Bauchfellinfection durch gewissenhafte Asepsis minimal geworden ist. Von den hier in Betracht kommenden Fällen muss man die von Tuberculose und Pyelonephritis von den Hydro- und Pyonephrosen trennen. Bei den ersteren wird die Niere nicht oder nicht erheblich vergrössert. Die Infectionsgefahr für das Bauchfell ist aber bedeutend, und gehören diese Fälle der lumbalen Methode an. Dagegen überwiegen für die cystisch vergrösserten Nieren mit verdächtigem oder infectiösem Inhalt ebenso wie für die meist umfangreichen bösartigen Geschwülste die technischen Vortheile des Bauchschnittes. Bei diesen machte man nach einem unbefriedigenden Versuch mit dem Péan'schen Querschnitt die äussere Incision über die grösste Hervorwölbung der Geschwulst, bei kleineren Tumoren in Form des Langenbuch'schen Längsschnittes aussen am geraden Bauchmuskel als Schrägschnitt, welcher unter dem Rippenbogen in der vorderen Axellinie beginnend, in der Richtung auf den Schamhöcker verlaufend, meist ca. 5 cm über dem Poupartischen Bande endete.

Ein besonderer Abschluss der retroperitonealen Wundhöhle wurde nicht vorgesorgt, sondern nöthigenfalls sterilisirte Gaze behufs Drainage durch den Bauchraum eingelegt. Abgesehen hiervon wurde die vordere Bauchwunde genäht. Bei dem Lumbalschnitt, der nicht vergrösserte Nieren betraf, reichte meist der Simon-

sche Schnitt aus. Als Folgeerscheinung der Nephrectomie wurde Sinken der Urinsecretion unmittelbar nachher mit Wiedererreichung der Norm binnen wenigen Tagen regelmässig beobachtet. Dass letzteres, was Tuffier will, durch eine compensatorische Hypertrophie der anderen Niere bedingt wird, ist wegen der Kürze der Zeit, in der der Harn wieder normal wird, unwahrscheinlich. Verf. versucht zum ersten Male bestimmte anatomische Charactere bösartiger Nierentumoren mit ebensolchen klinischen Erscheinungen in Verbindung zu bringen. Während die sogenannten embryonalen Drüsengeschwülste, welche Verf. (incl. zwei eigenen Fällen 26), den Adeno- oder Myosarcomen zurechnet, lediglich Kinder betrafen, bei denen als erstes Symptom Geschwulstbildung, Hämaturie jedoch nur 2 mal in unerheblicher Weise, und ein schnelles, oft das Allgemeinbefinden schädigendes Wachsthum mit unbedeutender Metastasenbildung in Folge Hineinwachsens des Tumors in die V. cava constatirt wurde, stehen diesen besonders die von Grawitz sog. Strumae suprarenales renis gegenüber. Verf. hat von letzteren einschliesslich von 3 eigenen Fällen 34 gesammelt; mit Ausnahme eines $2^1/_2$j. Kindes waren alle Patienten über 30, 25 über 40 Jahre alt. Aeusserst langsamer Verlauf, so dass beim Auftreten von Blutung bereits erhebliche Geschwülste bestanden, zeichnet diese zu Zerfall des neugebildeten Gewebes neigende Geschwulstform aus, deren scheinbare Gutartigkeit mit dem Durchbruche in das Venensystem schwindet. Metastasen werden nur in 9 Fällen vermisst, in welchen Operationen oder intercurrente Erkrankungen den Gang des Leidens unterbrachen. Nächst Metastasen führt Amyloidentartung am häufigsten zum Tode, allerdings wohl kaum bei nicht ulcerirtem Tumor; in 2 Fällen konnte Verf. reichlich Glycogen im Tumor nachweisen. Von den 12 Fällen bösartiger Nierengeschwulst starben 3 im Zusammenhang mit der Operation. Von den 9 Ueberlebenden endeten 7 durch Recidive; frei von diesen blieb ein $4^1/_2$jähriges Mädchen, welches 11 Monate später an Hirnhautentzündung starb, sowie eine 64jährige Frau, welche z. Z. in völliger Gesundheit 5 Jahre nach der Operation lebt. Bei den beiden Pyelonephritiden war die Diagnose durch deren Anschluss an eine Tripperstrictur relativ leicht, schwerer gestaltete sie sich in den vier Fällen von Nierentuberculose. Bei einem 22jährigen Mädchen traten stürmische Blasenerscheinungen völlig in den Vordergrund, und einziges diagnostisches Mittel wäre hier der Harnleitercatheterismus gewesen. In diesem Fall gelang es Trendelenburg, durch Totalexstirpation der Blase mit Ureterverpflanzung in die Flex. sigmoidea wenigstens vorübergehend den Zustand zu ändern. Ausser dieser Patientin befindet sich noch einer z. Z. in ungünstigem Zustande, während bei 2 das Allgemeinbefinden (2 Jahr 10 Monate bezw. 1 Jahr 4 Monate nach der Operation) ein gutes ist. — In den Hydro- und Pyonephrosen gaben Grösse der Geschwulst, Heftigkeit der Colikanfälle Anzeige zur Operation. Da der Kräftezustand der betr. Patienten ein guter, da ferner mit der Nierenexstirpation günstigere Aussichten auf endgiltige Heilung verbunden und ein Opfer an Nierenparenchym in jedem Falle zu verantworten war, so wurde die Nephrectomie der einfachen Incision mit Drainage vorgezogen. Letztere wird in der Bonner Klinik für bestimmte Fälle mit günstigem Erfolge reservirt. — Zum Schluss folgt eine tabellarische Uebersicht sämmtlicher Operationsfälle.

Reid's (46) Fall von Nierengeschwulst verdient im Anschluss an gewisse Beobachtungen von Wölfler, v. Eiselsberg, Pawlik u. A., pararenale Neoplasmen betreffend, und wegen des Mangels jedes auf die Niere bezüglichen Symptomes vor der Operation, eingehendere Berücksichligung.

Die 28jährige Dame bemerkte nach auf ihre Entbindung folgenden Beschwerden in den letzten 6 Monaten eine immer grössere Geschwulst, welche ihren Unterleib als fester gelappter, gleich einem im 6 Monate schwangeren Uterus grosser Körper ausfüllte. Als Ursache von Digestionsstörungen wurde derselbe näher untersucht und für ein Fibroid des Lig. lat. oder des Uterus gehalten. Bei der Laparotomie fand man eine retroperitoneale, dem bedeckenden Bauchfell fest verlöthete Geschwulst. Nach Incision des Bauchfelles sah man den 3 Finger starken, gefässreichen Stiel rechts von der Mittellinie zum Niveau des 12. dorsalen bezw. des 1. lumbalen Wirbels ziehen. Nach Transfixirung und Durchschneidung des Stiels ergab sich auf der Schnittfläche dieses eine braune Stelle und diese war Nierengewebe, welches sofort enucleirt wurde. Die Hauptmasse der Niere war ein Tumor. Alle übrigen Organe gesund; glatte Heilung.

Der etwas concav-convex geformte rundliche Tumor 20 : 12 cm gross und 2600 g schwer, zeigte die Niere theilweise in seiner etwas unebenen Concavität eingebettet. Sie erscheint gesund, etwas abgeplattet unten, und in der Längsaxe gedreht. Anfangs glaubte man, dass die Niere vom Tumor einfach umwachsen; thatsächlich war sie festgewachsen, d. h. oberes und mittleres Ende nur durch lockeres Gewebe mit ihm verbunden. Die Oberfläche war 4 cm von der Geschwulst eingeschlossen, und die Nierencapsel sich unten und hinten von der Niere über die Geschwulst fortsetzend. Verschiedene stielförmige Fortsätze liefen von dem Centrum der Geschwulst in das Nierenbecken. Es waren 2 Pyramiden zu Grunde gegangen, sonst das Parenchym zwischen diesen Fortsätzen gesund.

Rosenthal (48) hat um eine etwaige angeborene Disposition zur Wanderniere nachzuweisen, die Lage der rechten Niere bei einer Anzahl Kindern untersucht. Unter 52 Mädchen war nur 1, bei der durch Spannung der Bauchdecken diese Untersuchung unmöglich war. Bei 36 Knaben war dieses bei 4 der Fall. Von den übrigen 51 Mädchen waren 26 mit fühlbarer rechter Niere, 2 im Alter von 11—12 Jahren hatten eine complette Wanderniere. Von 32 Knaben war nur bei 3 die rechte Niere zu fühlen, also bei 80 pCt. der Mädchen und 10 pCt. der Knaben. (Ref. übergeht Vf.'s Schlussfolgerungen, nicht so sehr weil allgemein gehaltene Angaben, wie vorstehende minderen Werth haben könnten, sondern weil man aus der Lage und den Befestigungsverhältnissen der Unterleibsorgane vor vollendetem Wachsthum und Ausbildung des Knochengerüstes keinerlei Rückschlüsse ohne Weiteres auf das spätere Leben machen darf.)

Schäffer (51) kommt auf Grund eines Falles von Nierenschusswunde zu dem Schluss, die probatorische sowohl wie auch die zur Verhütung von Sepsis auszuführende Laparotomie bei Bauchschüssen mit dem

kleincaliberigen Gewehr zu verwerfen, einzige Operationsanzeige ist Blutung.

Der betreffende Soldat war auf 200 m Entfernung in der rechten Oberbauchgegend unter dem Rippenbogen 1 cm weit von der Mammillarlinie getroffen. Die Blutung aus dem von einer tympanitischen Zone umgebenen Einschuss gering, ebenso aus dem etwas rechts vom I. Lendenwirbel sitzenden Ausschuss. Bei sehr geringer örtlicher und allgemeiner Reaction konnte der Pat. fast direct nach der Verletzung unter jeder denkbaren Vorsicht in das Lazareth transportirt werden. Hier Abends spontane Entleerung von $^3/_4$ l chocoladenfarbenen Harns, der Eiweiss mit blutiger Beimengung enthielt. Der Nachturin war noch etwas blutig, der am nächsten Nachmittag bot nur noch etwas Schleim zugemischt. Unter exspectativer Behandlung Heilung in 4 Wochen ohne Zwischenfall.

Sotheisen's (53) Bericht über Nierenoperationen aus der Billroth'schen Klinik umfasst die Zeit von 1867—1894 (darunter 1 Jahr, in dem die Klinik unter Gussenbauer stand) und 60 Eingriffe bei 55 Pat. Auf die Zeit von 1867—1884 kommen nur 7 Fälle. Von 60 starben 21 (45,66 pCt.), darunter von 29 Nephrectomien 14 (48,27 pCt.), von 10 Nephrotomien 6 (60 pCt.), von 7 Nephropexien 1 (14,28 pCt). Die operative Sterblichkeit betrug nur 33,33, in den ersten Zeiten entfielen 8 Todesfälle auf Sepsis, seit der Asepsis (1891) nur 2; die seit 1891 verrichteten 28 Nierenoperationen haben nur 9 (32,14 pCt.), resp. 5 (17,85 pCt.).

Die Nephrectomie wurde 17 mal lumbal durch einen unter der XII. Rippe beginnenden und mit nach vorn etwas concavem, bis zur Crista il. verlaufenden, zuweilen etwas modificirten Schnitt gemacht, der Stiel möglichst isolirt mit Seide, die lang gelassen wurde, der Ureter doppelt unterbunden. Die transperitoneale Incision wechselte sehr, da es oft sich um Fehldiagnosen handelte. 32 Pat. waren 40—60 Jahre alt, 1 Pat. 70, die übrigen jünger, 3 Kinder unter 8 Jahren, männlich 15, weiblich 40. Hauptindicationen boten Neoplasmen (darunter 1 Adenom) 12, Pyonephrose 12, Hydronephrose 9, bewegliche Niere 11 mal, andere Krankheiten mehr vereinzelt. Die operative Sterblichkeit bei Nierentumoren war = 9,09 pCt. Die 26jähr. Pat. mit Nierenadenom lebte noch ca. 2 Jahre. † wahrscheinlich an Tub. pulm.; von den übrigen sind noch am Leben 3, nach 13 Mon., $2^1/_2$ und $2^2/_3$ Jahren. Ein Fall von Myxosarcom lebte 20 Mon. bis zum Recidiv, die übrigen starben nach 2—7 Mon. theils an diesem, theils am Zurückbleiben von Tumorresten. Die ersten Symptome der Meisten reichten schon sehr lange vor der Operation zurück, Ausnahme bildeten 2 Fälle von Struma. Die in ihrer Erscheinung sehr wechselnde Hämaturie war bei Krebs häufiger als bei Sarcom, wo sie nur 1 mal nach Durchwachsen des Nierenbeckens durch den Tumor erschien. Von 4 perirenalen Geschwülsten waren 2 so colossal, dass bei 1 die Operation abgebrochen werden musste; 1 mal konnte unter den beiden anderen Fällen die Niere geschont werden. Bei Ureterenverletzungen wurde 1 mal primär (bei Lithopädion-Operation, Heilung), 1 mal secundär († an medicamentöser Vergiftung) die Niere entfernt, 1 mal eine Art „Bisectio renis" gemacht. Von den 27 Pyonephrosen, Nierenabscessen, Hydronephrosen starben 16 (darunter 6 nach Nephrotomie resp. 1 nach secundärer Nephrectomie unter 7 Nephrotomien). Ein Nephrotomirter starb urämisch, obschon anscheinend die andere Niere gesund war. Die meisten Fälle waren sehr weit gediehen, dagegen auf 11 nur bei 2 die andere Niere ergriffen, so dass Billroth mehr und mehr hier zur Nephrectomie neigte. Von 8 Wandernierenoperationen starben 2 an Peritonit. sept., eine Nephrectomie unter ganz besonderen Vorbedingungen, die anderen, erst für ein Carcinoma pyl. gehaltenen typischen Nephrorhaphien verliefen normal, keine einzige von Billroth selbst ausgeführt. Die Lebenserwartung nach glücklichen Nierenoperationen erscheint beschränkt. Von 30 geheilt entlassenen Operirten sind 5 verschollen, 18 am Leben; 7 verstarben mit einem meist nur nach Monden zählenden Ueberlebungsturnus.

P. Wagner (58) glaubt im Anschluss an einen 1894 (Bericht II. S. 495) mitgetheilten Fall von traumatischer Hydronephrose, dass diese auch von anderen Autoren beschrieben worden ist. Ausser zwei älteren Fällen von Postempski und Fenger citirt er einen neueren von Bartlett. In anderen Beobachtungen scheint allerdings eine Verwechselung mit sog. „Pseudohydronephrosis traumatica", die sich zuweilen erst nachträglich entwickeln kann, und traumatischen Nierencysten (grösseren serös-sanguinolenten Ansammlungen zwischen Nierenparenchym und Nierencapsel) zu bestehen. Ueberdies ist eine Combination dieser letzteren Vorkommnisse mit wahrer traumatischer Hydronephrose sehr wohl möglich, wofür ein Fall von Mannasse als Beispiel angeführt wird. Die Hauptsache ist aber, dass derartige Complicationen bald nach dem Trauma auftraten, während die Entstehung einer narbigen Verengerung nach einer Verletzung vom Nierenbecken oder Ureter längere Zeit (Monate, Jahre) dauern kann. Verschieden hiervon sind die in den ersten Tagen auftretenden traumatischen „Haematohydronephrosen", die gewöhnlich nur kurzen Bestand haben, ferner die secundären traumatischen Hydronephrosen, die aus einer traumatischen Wanderniere durch Ureter-Abknickung entstehen.

Von den 7 sehr verschiedenartigen Nierenoperationen, welche F. S. Watson (59) berichtet, sind zwei hervorzuheben. Die eine stellt die erste in Boston verrichtete partielle Nephrectomie dar. Die betr. ca. 25jähr. Frau kam, nachdem sie von einem Kinde normal entbunden war, mit einer schon seit 6 Monaten bestehenden rechtsseitigen nephrotomischen Lendenfistel zur Behandlung. Eine Explorativ-Incision zeigte die linke Niere nicht vergrössert. Es wurde die Fistel erweitert und die rechte Niere freigelegt und die untere Hälfte gesund gefunden, so dass man bei dem herabgekommenen Zustande diese erhielt, nachdem man vor Abtrennung Ligaturen (Suturen) unterhalb des Trennungsschnittes durchgelegt. Die Pat. erholte sich hierauf sehr und diese Erholung hielt noch an, als von der linken Niere drohende Erscheinungen eintraten, über deren tuberculösen Character kein Zweifel mehr war. Der zweite Fall einer Readfixion einer beweglichen Niere ist durch die Art der befestigenden Nähte, die die Niere nur in einer Hängematte fixiren sollten, ausgezeichnet. Zunächst wurden 2 Längsnähte durch die fibröse Capsel und Nierensubstanz, sowie die Musculatur durchgelegt. Hierauf folgten 2 quere Suturen. Vorher war die Fettcapsel im Bereich der Incision exstirpirt worden. Pat. war $3^1/_2$ Monate nach der Operation noch einmal untersucht und in gutem Zustande befunden.

[Obalinski, A., Ueber den gegenwärtigen Stand der Nierenchirurgie. Gazeta lekarska. No. 36—41.

Verf. entwirft auf reicher eigener Erfahrung, sowie den Ergebnissen der Literatur fussend, ein genaues Bild über die verschiedenen Arten chirurgischer Intervention bei Nierenkrankheiten und ist zumeist mit Glück bemüht, eine präcise Indicationsstellung für jede einzelne Operation zu ermöglichen. Auf die Details dieser fleissigen und schönen Arbeit kann in einem Referate unmöglich eingegangen werden. **Trzebicky** (Krakau).

1) Bloch, Fall von Amputation der Niere. Hospitals Tidende. R. 4. Bd. 4. p. 797. 829. 856. — 2) Rovsing, Ist die Resection der Niere eine zulässige Operation bei malignen Nierengeschwülsten? Ibidem. R. 4. Bd. 4. No. 37. p. 892. — 3) Bloch, Dasselbe. Ibidem. R. 4. Bd. 4. p. 923. — 4) Rovsing, Die Resection der Niere bei zweifelhaft malignen Geschwülsten. Ibidem. R. 4. Bd. 4. p. 924.

Bloch (1) hat bei einem 13jähr. Knaben Resection der Niere gemacht. Der Knabe hatte 2½ Jahre lang mehrmals Hämaturie und Schmerzen gehabt. Bei der Operation wurde eine circumscripte Geschwulst des unteren Endes der Niere gefunden und entfernt, indem man bei einem transversalen Schnitt die untere Hälfte der Niere wegnahm. Sutur. Die microscopische Untersuchung ergab Malignität der Geschwulst, aber Uneinigkeit der Ausdeutung des microscopischen Bildes. Der Knabe wurde geheilt entlassen und ist 9 Monate danach noch gesund. Der Verf. hat in der Literatur 10 Fälle von Resection der Niere gefunden, welche er ausführlich mittheilt. Er stellt als Indication der Operation gutartige Geschwülste, einige inflammatorische Processe, Fisteln und Traumen der Niere auf. Endlich erwähnt er die Ausführung der Operation.

Rovsing (2) meint, dass man bei malignen Geschwülsten immer Nephrectomie machen soll.

Bloch (3) macht auch bei malignen Geschwülsten Nephrectomie; wenn es aber nicht gewiss ist, dass die Geschwulst maligne ist, hält er sich berechtigt, Resection zu machen, um später bereit zu sein, den Rest zu entfernen, wenn die Malignität der Geschwülste sicher ist. Wenn er in dem referirten Falle nicht später Nephrectomie gemacht hat, stützt er sich darauf, dass das klinische Bild und das macroscopische Aussehen der Geschwulst in Verbindung mit der unsicheren Deutung des microscopischen Bildes ihn fortwährend unsicher macht, ob die Geschwulst maligne war oder nicht.

Rovsing (4) meint, dass man nur bei sicher gutartigen Geschwülsten berechtigt ist, Resection zu machen. **Schaldemose.**

1) Kayser, F., Casuistik über im Königlichen Serafimlazareth zu Stockholm behandelte Fälle von maligner Nierengeschwulst, nebst einigen Worten über die Diagnostik dieser Geschwülste. Hygiea. LVIII. 7. p. 1—28. — 2) Lennander, K. G., Ueber Nierenstein, mit zwei glücklich operirten Fällen. No. 39 der Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik zu Upsala. Upsala läkareforenings förhandlingar. Neue Reihe. II. 1. p. 56—75. — 3) Bergstrand, A., Fall von Nierencyste, Laparotomie, Heilung. Hygiea. LVIII. 4. p. 417—423. — 4) Naumann, G., Ren mobilis. Nephroraphia. Chirurgische Casuistik vom Lazareth in Helsingborg. Ibidem. LVIII. 2. p. 153.

Kayser (1). John Berg führte an 7 Personen 8 Nierenoperationen so aus, dass 2 Kranke kurz nach der Operation als Folge von dieser (= 25 pCt. Mortalität) starben. Von diesen 8 Operationen waren nur 7 Nephrectomien, während eine nur ein Ausschälen der bösartigen Geschwulst selbst war. Ausserdem hat derselbe Operateur in einem anderen Krankenhause noch vier Nephrectomien wegen maligner Nierengeschwulst (mit einem Todesfalle) ausgeführt.

Bei einem Kranken (Fall VII) trat im Lazareth ein Symptom auf, dessen Vorkommen in der Literatur K. nicht angegeben gefunden hat, nämlich anhaltendes Schluchzen, welches Verf. der Reizung auf das Zwerchfell, durch das Emporwachsen der Geschwulst bedingt, zuschreibt.

Fall 1. 52jähriges Weib. Diagn.: Cancer renis dextr. Seit einem Jahre stets sich vergrössernde Geschwulst im Bauche mit bisweilen auftretenden stechenden, brennenden Schmerzen, Anorexie und Abmagerung. Eine sehr harte und gespannte, beinahe kugelrunde, etwas mehr wie kindskopfgrosse Geschwulst nahm die ganze rechte Lumbal- und Ileocoecal-, sowie den grösseren Theil der Umbilicalgegend ein und erstreckte sich mit ihrer unteren Rundung zur Mitte des Lig. Poup., mit ihrer medialen 5—6 cm über die Mittellinie. Sie war etwas beweglich und ganz frei im Verhältniss zu den Bauchbedeckungen, der Gebärmutter und ihren Annexen. Ca. 12 cm langer Schnitt in der Linea alba. Nach der Lösung der Geschwulst zeigte es sich, dass ihr Ausgangspunkt die Mitte der rechten Niere war. Die Nierengeschwulst wurde exstirpirt. Heilung.

Fall 2. 30jährige Ehefrau. Diagnose: Cancer renis dextri. Nach grosser Anstrengung anhaltende Verstopfung, durch Laxantien abgeholfen, wonach sie eine Geschwulst in der linken Seite des Bauches beobachtete. In der linken, etwas hervorgewölbten Lumbalgegend eine harte und feste, abgerundete, nicht fluctuirende Geschwulst, von der Grösse zweier geballten Fäuste, mit einem längeren, longitudinalen und einem kürzeren, transversalen Durchmesser. Ihr unterer Rand, welcher an unterliegenden Organen nicht adhärent ist, war etwas abgerundet und befand sich 7 cm oberhalb des Planes der Symphyse. Ihre vordere Fläche war an ihrem oberen Theile zottig uneben, in ihrem unteren Theile gefurcht. Simon'scher Lumbalschnitt, rechtwinkelig verlängert. Auf der Vorderseite der Niere, mit dieser fest vereinigt, palpirte Verf. eine faustgrosse Geschwulst, welche die hintere Wand des Colon descendens vollständig infiltrirte. Die Operation war unausführbar. Das Peritoneum wurde mit Catgut zusammengenäht. Drainage. Heilung.

Fall 3. 52jähriges Weib. Diagnose: Tumor ren. dext. malignus inoperabilis. Ungefähr vor 20 Jahren bemerkte sie eine empfindliche Geschwulst im oberen Theile der rechten Seite des Bauches. Dys- und Strangurie gleichzeitig, nebst Haematurie während 3 Wochen. In den letzten 6 Wochen war die Geschwulst besonders nach links zu gewachsen. Bauch sehr deutlich angeschwollen auf einer Strecke, beinahe so gross als eine flache Hand und unmittelbar nach rechts von der Mittellinie und mit seiner oberen Grenze in gleicher Höhe mit dem Nabelplane gelegen. Sehr feste Geschwulst von langgestreckter, abgeplatteter Form, nach den Seiten beweglich, nach oben kaum verschiebbar, mit etwas zottiger, oben nicht gelappter Oberfläche. Schnitt in der Linea alba. Keine von den 2 Nieren konnte entdeckt werden; muthmasslich waren beide der Geschwulst zugehörig, welche mit der Wand des Colon ascendens und mit dem Peritoneum zusammengewachsen war. Heilung.

Fall 4. Knabe, 2½ Jahre alt. Diagnose: Sarcoma renis plexiforme. Seit 4 Jahren zunehmende harte Anschwellung mit Empfindlichkeit im linken Theile des Abdomens, besonders in der Lumbalgegend, im linken Theile der Nabelgegend und im oberen Theile der linken Leistengegend. Die Contouren der Geschwulst waren abgerundet, und sie war nur sehr wenig verschiebbar. Schnitt in der Linea alba und durch das Peritoneum pariet., gleich ausserhalb des Colon descendens, wodurch der äussere Theil der Geschwulst blossgelegt wurde. Diese wurde jetzt so allmälig losgelöst, nebst dem umgebenden Bindegewebe in

so grosser Ausdehnung wie nur möglich mit den darin befindlichen Drüsen. Gewicht der Geschwulst 700 g. Erythema universale. Zuerst Heilung; sodann Tod nach 2 Monaten zufolge Recidiv in loco einer noch grösseren Geschwulst.

Fall 5. 60jähriger Mann. Diagnose: Angiosarcoma renis dextri. Seit 6 Wochen blutiger Harn mit Blutkuchen und nachfolgenden colikartigen Schmerzen vor der Nierengegend nach unten gegen die Blase. Zunehmende Abmagerung und Kraftlosigkeit. In der rechten Seite des Bauches eine feste, ebene, ganz unempfindliche, sehr bewegliche Geschwulst, ungefähr 15 cm in der Breite und ungefähr 10 cm in der Dicke messend, bis zur Mittellinie und nach unten zu in einer Ebene, zwischen Crista ossis il. und Nabel gelegt, sich erstreckend. 20 cm langer Schnitt von der Mitte der 12. Rippe in der Richtung nach unten und nach vorne und Resection eines ca. 5 cm langen Stückes der 12. Rippe. Es waren zwei Geschwülste; die eine ungefähr gänseeigross, unmittelbar unterhalb des Peritoneum zwischen diesem und der Nierengeschwulst selbst gelegen. Diese beiden, welche in keiner Weise zusammengelöthet waren, wurden ohne Schwierigkeit von einander gelöst, wonach zuerst die Nierengeschwulst selbst und sodann die kleinere exstirpirt wurde. Diese war an der Umgebung stark adhärent und wurde nach Anlegung von Massenligaturen gelöst. Ein grosses Stück des Peritoneum musste auch weggenommen werden. Oligurie, sodann Anurie und Cylindrurie. Stumpfsinn. Starke Diarrhoe. Sopor. Coma. Tod.

Fall 6. 58 Jahre alt. Diagnose: Cancer renis dextri. Vor 7 Monaten Haematurie mit nachfolgender, anhaltender und schwerer Diarrhoe, sodann Ischias. Schmerzen, zuerst in der rechten und später in der linken, unteren Extremität. Paraplegie. Cystitis. Im rechten Hypochondrium eine kindskopfgrosse, wenig bewegliche Geschwulst, nach links über die Mittellinie sich erstreckend. Sulfonalintoxication. Schnitt in der Linea alba mit Hüftschnitt vom Umbilicus nach rechts durch den M. rectus. Heilung.

Fall 7. 52jähriger Mann. Diagnose: Tumor (Sarcoma?) renis dextri. Als Erwachsener hat er in seinen jüngeren Jahren ein sehr bewegtes Leben geführt und viel ausgestanden. Excessus in Baccho et in Venere. Schwere dyspeptische Symptome, wiederholte Gonorrhöen, Bubonen u. s. w., aber nicht Syphilis. Zunehmende Schwäche mit heftigen Schmerzen in den Hoden, in den Leisten, im Kreuze und in der Pars pendula urethrae nebst Harndrang und intensiven Schmerzen in der rechten Lumbalgegend. Wiederholte Anfälle von Retentio urinae mit Haematurie. Varicocele dextra. Kopfschmerzen, frequentes Schluchzen. Keine Dyspepsie. Mager und bleich. Vergrösserung des Herzens sowohl nach links wie nach rechts mit Blasegeräuschen an den beiden Tönen. Leber etwas vergrössert, besonders der linke Lappen, etwas empfindlich für Druck, aber mit ebener Oberfläche. Etwas grössere Ausfüllung der rechten wie der linken Nierengegend. Das Harnsediment enthielt eine Menge von Eiterkörperchen, verschiedene rothe Blutzellen, mehrere grosse leucocytenähnliche, stark pigmentirte Zellen. Keine Cylinder. 12 cm langer Schnitt oberhalb und parallel mit der Crista ilei. Die Venen im perirenalen Bindegewebe sind in der Nierencapsel bedeutend vergrössert; ebenso die rechte Niere, welche abnorm fest zu fühlen war. Die Operation konnte nicht zu Ende geführt werden. Heilung.

Fall 8. 47jähriger Mann. Diagnose: Tumor renis. Vor 14 Monaten Fieberschauer und Uebelkeiten, heftige Schmerzen, anscheinend im rechten Hoden anfangend, nach der Leistengegend hinaufgehend und nach hinten gleich oberhalb der rechten Seite der Kreuzgegend ausstrahlend, Erbrechen und blutiger Harn mit Zwischenzeiten von mehreren Tagen und hyaline sowie feinkörnige Cylinder enthaltend. Auf der vorderen Fläche der vergrösserten rechten Niere grenzte sich ziemlich deutlich eine erhabene Partie ab. Lumbalschnitt. Die Geschwulst, welche die Grösse einer mittelgrossen Kartoffel zeigte, lag mit ihrer einen Hälfte auf der vorderen Fläche ganz nahe dem Hilus, in die Substanz der Niere eingesenkt, die andere Hälfte ragte frei hervor. Sie wurde ohne Schwierigkeit mit dem Finger enucleirt. Am weitesten nach vorne resecirte B. am Hilus mittels Scheere ein Stück Nierensubstanz. Die entstandene Blutung wurde durch drei Catgutsuturen gestillt, wodurch die ganze Wundfläche nach der Geschwulstexstirpation zusammengepresst wurde. Necrose des betr. Nierengewebes mit Nierenfistel. Pyurie. Heilung.

Fall 9. 53jähriges Weib. Diagnose: Tumor (Angiosarcoma?) renis sin. Nephrectomie. Tod. (Die Krankengeschichte abhanden gekommen.)

Fall 10. 64jähriger Mann. Diagnose: Cancer renis. Die anfangs intermittirende Blutung aus den Nieren wurde nach 6—7 Monaten beinahe continuirlich. Esslust und Schlaf wurden schlecht, die Abmagerung bedeutend. Keine heftigeren Schmerzen. Im rechten Hypochondrium eine faustgrosse, deutlich verschiebbare Geschwulst, über welcher das Colon herauspercutirt werden konnte. Nephrectomie durch Lumbalschnitt. Die Besserung, welche durch einige Broncho-Pneumonien gestört wurde, schritt später weiter fort.

Fall 11. Derselbe Kranke wie Fall 8. Anderthalb Monat nach seiner Entlassung aus dem Krankenhause wiederum Haematurie. Bei Incision in die Niere fand B. das Nierenbecken von einem polypenartigen Gewächse, dessen Ausgangspunkt die vorher exstirpirte Geschwulst war, ausgefüllt. Nephrectomie. Normale Heilung. Hyperhidrosis bei langen Waldpromenaden.

Lennander (2) dringt darauf, dass jeder Uretenstein auf operativem Wege entfernt werde, sodass der Harn freien Abfluss habe, weil eben die Niere für Infection äusserst empfindlich ist. Bei Nierenstein ist zwar die Indication zu einem operativen Eingriffe weniger dringend, da indessen die Nephrolithotomie bei nicht suppurirender Niere eine sehr gute Prognose giebt, muss man zum wenigsten allen jüngeren und im mittleren Alter befindlichen Personen, bei welchen eine genaue Untersuchung die Gegenwart irgend einer Contraindication gegen einen grossen operativen Eingriff nicht zeigt, die Operation anrathen. Hat man bei einem Nierensteinkranken diagnosticirt, dass Eiterung eingetreten ist, so ist Operation unmittelbar angerathen.

Verf. gebraucht Chloroform-Aether-Narcose mit Aether als Hauptanaestheticum, weil sowohl Albuminurie wie Cylindrurie nach reiner Chloroform- wie nach Chloroform-Aether- oder reiner Aether-Narcose gewöhnlicher sind.

Wegen der Gefahr, dass der operative Eingriff Anurie herbeiführen kann, muss der Blutdruck gehoben und das Blut verdünnt werden, auf dass wenn möglich eine Hyperämie der gesunden Niere herbeigeführt werde. Desswegen bekommen schwache Pat. 800—1000 g Chlornatriumlösung subcutan am Abend vor der Operation. — Damit die Pat. nicht abgekühlt werden, werden sie auf einem erwärmten Kupfertische, mit 40° C. warmem Wasser gefüllt, operirt, und sodann in ein warmes Bett gebracht, wo sie von dem warmen Luftstrome einer Spirituslampe umgeben werden, bis sie in leichte Transspiration gerathen.

Unmittelbar nach der Operation wird eine ebenso grosse Menge von Kochsalzlösung eingespritzt (subcutan). Erforderlichen Falls wird dieses 1—2 mal später wiederholt. Durch das Rectum erhält er theils Kochsalzclystiere (4—500 g Kochsalzlösung 0,9 pCt. + 30 bis 45 g Cognac) theils Cognac-Traubenzuckerclystiere (Traubenzucker 15 g, Cognac 15 g, Kochsalz 2 g, Wasser 200 g), die letztgenannten wenn möglich, jede dritte Stunde. Sobald die Uebelkeit vorüber ist, reichliche Milchdiät und warmes Wasser mit genauem Achtgeben auf das Verdauungsvermögen und die Verhütung von Diarrhö.

Rings um die gesunde Lumbalgegend wird ein grosser, warmer Breiumschlag applicirt. Je nach der Beschaffenheit des Pulses wird mehr weniger Campher subcutan gegeben. Weiter wird Digitalin. cristallisatum in Dosis von höchstens 0,25 mg subcutan eingespritzt und zwar mit Kochsalzlösung verdünnt. ($^1/_4$ Spritze von Pravaz mit Digitalinlösung + $^3/_4$ Spritze Kochsalzlösung). Die auf einmal gegebenen Digitalindosen haben nicht $^3/_4$—1 mg überschritten. Natürlicherweise genaueste Asepsis und sterile Gaze zur Tamponade.

Wie die Nachbehandlung hier beschrieben ist, hat Verfasser sie vollständig bei 4 gelungenen Nierenoperationen durchgeführt: 1. Intermittente Hydronephrose bei beweglicher Niere mit interstitieller subchronischer Nephritis (microscopische Diagnose eines herausgeschnittenen Nierenstückchens), mittelst plastischer Operation am Harnleiter und Nierenbecken sowie mittels Nephropexie operirt. 2. Drei schwierige Nephrectomien wegen a) Tuberculose, b) Pyonephrose im Zusammenhange mit Nierenstein, c) Krebs 1,75 kg.

1. Nephrolithiasis (congenita?) — Nephrolithotomie (Oxalatstein) — Genesung. 18jähriges Fräulein. Ungewöhnlich weinerlich in ihren ersten Lebensjahren. Schon in ihrem 4.—5. Jahre fing sie an über Schmerzen in der rechten Seite des Bauches zu klagen. Nach einem Jahre wurden die Schmerzensanfälle heftiger. Sie waren dann gewöhnlich von Erbrechen begleitet und dauerten 2—3 Tage mit einer Zwischenzeit von 1 bis 2 Wochen.

Nach Massage wegen Myositis quadrat. lumborum entwickelte sich hochgradige Nervosität und allgemeine Schwäche mit continuirlichen Schmerzen. Sehr viel Eiweiss im Harne. Jetzt erst wurde Oxalatstein in der rechten Niere diagnosticirt. Operation. Incision von der 11. Rippe bis zur Crista Ilei längs des äusseren Randes des M. extensor dorsi. Eine Menge Bindegewebsstränge vereinigte Capsula adiposa renis mit der Capsula fibrosa. Nachdem die Niere hervorgezogen war, palpirte L. einen Stein in einem Paare der mittelsten Calices. Die fibröse Capsel wurde dicht von der Niere abgelöst. Längsschnitt von der Mitte des convexen Randes der Niere bis in den Hilus hinein. Der Stein sass so fest an der inneren Wand des Nierenbeckens, dass er mittelst eines Elevatoriums davon losgebrochen werden musste. Sämmtliche Calices waren so erweitert, dass der Finger von einem zum anderen geführt werden konnte. Das Nierenbecken wurde mit Kochsalzlösung ausgespült, wonach die Niere mit vier Suturen, Catgut 3, zusammengenäht wurde. Sodann wurde die, die Gefässe und den Harnleiter der r. Niere vorsichtig zusammenklemmende, gekrümmte Zange, deren Balken mit Gummiröhrchen überzogen waren, weggenommen. Beinahe keine Blutung. Jetzt wurde die Niere auf ihren Platz gebracht, wobei der grösste Theil der Fettkapsel unterhalb der Niere befestigt wurde, so dass der convexe Rand der Niere und ein Theil ihrer vorderen und hinteren Fläche direct gegen die Musculatur und das Peritoneum zu liegen kamen. Der extrahirte Stein hatte die Grösse einer spanischen Nuss und bestand aus Calciumoxalat nebst einer ganz geringen Menge organischer Substanzen und Spuren von Phosphaten. Ein unter die linke Seite der Weichen applicirtes, am Morgen des Operationstages in strömendem Dampfe sterilisirtes Sandkissen bewirkte eine Brandwunde von der Ausdehnung einer halben Flachhand, weswegen die Sandkissen künftighin am Tage vor der Operation sterilisirt werden. Heilung per prim. Vollkommene Genesung.

2. Bewegliche Niere, catarrhalische Pyelitis, chronische interstitielle Nephritis (Nephrolithiasis?), Nephrolithotomie; Oxalat. Uratstein und eine Bacterien-Fibrinmasse im Nierenbecken. Nephropexie. Genesung.

54jähriges Bauernweib erkrankte plötzlich mit einem heftigen Fieberschauer und intensiven Schmerzen in der rechten Seite des Bauches, welche über den ganzen Bauch und nach dem Rücken zu hinausstrahlten, wobei sie zum ersten Male eine Geschwulst von der Grösse einer halben Hand in der rechten Seite des Bauches beobachtete. Keine Zeichen von Gallenretention, aber der Harn war dunkelbraun. In den folgenden drei Monaten fünf ähnliche Anfälle und ausserdem hin und wieder frequenter Harndrang. Der Harn enthielt Eiweiss in geringer Menge; der Bodensatz bestand hauptsächlich aus Eiterkörperchen (rechtsseitige purulente Pyelitis). Längsincision wie im vorigen Falle. Die Niere war durch eine Menge neugebildeten, gefässreichen Bindegewebes an der Caps. adiposa befestigt. Die Niere war vergrössert anzutasten, an vielen Stellen fester als normal und zeigte hie und da runde, ca. nussgrosse Hervorbuchtungen. Keine Erweiterung des Harnleiters, aber wohl des Nierenbeckens. Nachdem eine mit Drainageröhrchen überkleidete Zange über die Nierengefässe applicirt worden war, machte L. eine Incision in die rechte Niere, welche endlich längs ihres ganzen convexen Randes, gerade wie bei einer Section, gespalten wurde. Das sehr bedeutend vergrösserte Nierenbecken war von gelbbraunen, theilweise beinahe kittähnlichen, theilweise feinkörnigen Massen, in welchen ein Stein, etwas grösser als eine Caffeebohne, angetroffen wurde, ganz ausgefüllt. Nachdem diese Massen theils mit dem Finger herausgenommen, theils mit Kochsalzlösung ausgespült worden waren, zeigte das Nierenbecken überall glatte Oberflächen. Zwei Drainröhren wurden in das Nierenbecken eingelegt und in ihrer Lage mittels eines Catgutfadens durch die fibröse Capsel fixirt. Sodann wurde die Niere zusammengenäht durch drei doppelte Suturen Catgut No. 6, welche quer durch die Niere nahe dem Hilus durchgestochen wurden, und welche auf jeder von den beiden Seiten der Niere zusammengeknüpft wurden, so dass drei Knoten auf der vorderen und drei auf der hinteren Seite der Niere zu liegen kamen; von jedem Knoten gingen zwei lange Suturenden aus. — Die Niere wurde in folgender Weise fixirt: Einer von den Catgutfäden No. 5, welcher von jedem Knoten auf der Hinterseite der Niere ausging, wurde successive mit einer gekrümmten Nadel armirt und durch die Musculatur und die fibrösen Theile an der Seite des Winkels herausgeführt und sodann mit dem zu demselben Knoten gehörenden Faden zusammengeknotet. In ähnlicher Weise verfuhr L. mit den Fäden an der anderen Seite der Niere, welche durch die Musculatur von der Lumbalwunde geführt wurden. Fast die ganze Fettkapsel war exstirpirt worden. Vor der Festnähung der Niere war ihre fibröse Capsel mit Compressen, in fünfprocentiger Carbollösung befeuchtet, abgerieben worden. Nach zehn Tagen vollständige Heilung der ganzen Wunde. Schon zwei Tage nach der Operation war der Harn nicht länger blutfarben und im Sedimente fanden sich nur einige wenige Blutkörperchen. Nach beinahe 11 Monaten litt sie an einer chronischen Appendicitis. Der Kern des Steines bestand aus einem unregelmässig geformten, sehr harten Oxalatsteine, seine peripheren Schichten aus lockeren Uraten, die soeben genannte Masse zum allergrössten Theile aus Bacteriozooglöen (eine Art von Bacterium coli commune). Verf. glaubt sich nicht im Stande, zu entscheiden, wodurch in diesem Falle die Infection der Niere statthatte.

A. Bergstrand (3). 8jähriger Knabe. Seit einem Jahre Anschwellung des Bauches, welcher stark ausgespannt, überall glatt und eben war, mit hervorragendem Nabel. Unter den Bauchdecken eine etwas elastische, wenig fluctuirende Geschwulst, deren Hauptmasse die rechte Seite einnahm, aber welche übrigens den grösseren Theil des Bauches anfüllte. Ueberall dumpfer Ton, aber im linken Hypochondrium klarer Darmton. Ascites gleich Null. Die Geschwulst ist von Seite zu Seite verschiebbar. Keine Reibungscrepitation. Laparotomie. Glatte, weissglänzende Geschwulst mit fester Adhäsion. Mittels Trocars wurden 200 g Blut

entfernt. Grosse einkammerige Cyste, welche wie eine Dermoïdcyste eine dicke, weisse Masse enthielt. Nach hinten gegen die Columna vertebr. war die Cyste in grosser Ausdehnung beim Mesenterium angewachsen, sowie nach oben und links im subdiaphragmatischen Raume. Die Niere war ganz angewachsen mit und in der Cystenwand eingeschlossen. Tympanitis intestinalis. Heilung. Nach Odenius: Tumor suprarenalis (aberratus); Hypernephroma cystoides renis dextri.

G. Naumann (4). 32jährige Ehefrau. Erst in den letzten drei Wochen hatte sie grösseres Ungemach (Schmerzen und Ziehen in dem Rücken, besonders bei Bewegung) gehabt. Wenig oder keine Linderung von Bandage.

Nachdem die Diagnose mittels der gewöhnlichen Methoden festgestellt war, schritt N. zur Operation mittels Braun's Schnitt. Die Capsula adiposa, aber nicht die Capsula propria wurde geöffnet. Vier Seidennähte wurden durch den Latissimus dorsi, den Sacrolumbalis, den Quadratus lumborum und tief hinein durch das Parenchym der Niere an ihrer convexen Seite applicirt. Die Niere blieb fixirt und die Unbehaglichkeiten waren weg. Heilung.

A. Fr. Eklund (Stockholm).]

2. Krankheiten der Harnleiter.

1) Albespy, Anurie guérie par des Injections dans la vessie d'une décoction borique de feuilles des belladonne. Bull. de Therap. CXXXI. 5. p. 221. (Der an Anuria calculosa seit 3—4 Tagen nach einem Gichtanfall leidende 51jähr. Pat. hat schon viel Medicamente eingenommen. Wie viel ihm nun bei einem Rückfall die in der Blase belassenen 50—60 g einer Abkochung von 50 g Fol. belladonn. auf 500 g Aq. mit 10 g Acid. bor. genützt, ist schwer zu sagen, zumal die Krankengeschichte laienhaft ungenau ist.) — 2) Bloch, Oscar, A case in which half the kidney incaded by morbid growth, was removed: with remarks on the conservative surgery of the kidney. Brit. med. Journ. Oct. 17. (Bei dem 13jähr. Knaben war nach einem scharfen Ritt Hämaturie aufgetreten, welche bis zur Operation 2 Jahre später anhielt. Trotz der grossen Ausführlichkeit ist die Krankengeschichte unvollständig. Es wurde im Gesunden operirt und die obere Hälfte der Niere erhalten. Es handelte sich um ein Adenocarcinoma myxomatosum und schliesst der Bericht bereits nach 9 Monaten, wo Pat. sich wohl befand. Anbei 11 kurz referirte Nierenresectionen.) — 3) Boari, Achilles, Manière facile et rapide d'aboucher les uretères sur l'intestin sans sutures à l'aide d'un bouton spéciale. Recherches expérimentales. Ann. des mal. des org. gén.-ur. p. 1. — 4) Brook, M. F., Two cases of nephrolithotomy illustrating the value of heavy percussion in the loin in the diagnosis of renal calculus. Brit. med. Journ. Dec. 19. p. 1770. — 5) Casper, Leopold, Die frühe und exacte Diagnostik der Tuberculose des Harntractus. Berl. klin. Wochenschrift. (Nutzen des cystoscopischen Harnleitercatheterismus bei einer 42jährigen Frau, in welchem wohl in dem Gesammtharn Eiter und Tuberkelbacillen und cystoscopisch wohl von dem rechten Ureter trüber Urin abgesondert wurde, aber erst der Harnleitercatheterismus mit dem Ergebniss von Tuberkelbacillen und einem reicheren Eiweissgehalt als ein Blasenurin, die Gesundheit der linken Niere darthat und die Nephrectomie rechts rechtfertigte.) — 6) Fenger, E., An operation for valvular stricture of the ureter. Amer. Journ. of med. sc. Decbr. p. 667. — 7) Harrison, Reginald, On the treatment of some forms of albuminuria of renipuncture kidney tension and albuminuria. Surgical treatment of kidney tension. Brit. med. Journ. Oct. 17. — 8) Hotchkins, L. W., Tubercular kidney. (New York surg. society.) Ann. of surg. Oct. p. 496. — 9) Israel, J., Zur Operation der Harnverstopfung des Ureters. Berl. klin. Wchschr. No. 38. — 10) Kelly, H. A., The treatment of ureteritis by ureteral and renal catheters. (John Hopkins' hosp. med. soc.) John Hopkins' Bull. No. 59—60. — 11) Derselbe, Nephro-ureterectomy; exstirpation of the kidney and ureter simultaneously. Ibid. — 12) Kryniki, Leon (Krakau), Zur Technik der Ureteren-Implantation in den Mastdarm. Ctrlbl. f. Chir. No. 4. — 13) Lloyd, Jordan, On stone impacted. Brit. med. Journ. Oct. 24. (1. 35jähr. Frau, Stein im linken Harnleiter eingeklemmt, Symptome von Nierenstein; Operation wie zur Ligatur der A. iliaca; Entfernung des Steins. Genesung. 2. 35jähr. Mann. Stein im linken Ureter wahrscheinlich seit 21 Jahren eingeklemmt, Symptome von Nierenstein. Lumbare Incision; die verkleinerte Niere wurde gefunden. Tod 64 Stunden später urämisch; rechte Niere und Ureter gesund. Im Blasenende des linken Ureters ein Stein.) — 14) Lund, Herbert, Three surgical cases: 1. Nephrolithotomy, 2. Nephrorrhaphy, 3. Nephrectomy. Lancet. Febr. 15. (Hosp.-Bericht über: 1. einen 16jähr. Knaben, der schon seit 4—5 Jahren leidend bereits Steine mit dem Harn entleert hatte. Bei der Eröffnung der rechten Niere durch Sectionsschnitt wurden zwei Oxalatsteine, 106 resp. 6 Gran wiegend, durch Nephrolithotomie entfernt. Nierennaht mit Pferdshaar; Heilung; 2. 22jähr. Mädchen, in Folge unsicherer Diagnose erst Laparotomie, dann Lumbalschnitt und Vernähung der Niere in dem Hautschnitt; Heilung nach 2 Monaten und 3. die Krankengeschichte des 19jähr. Mannes, schliesst mit der Entlassung ab.) — 15) Mainzer, J., Aus Prof. L. Landau's Privatklinik, Berlin. Ueber den Werth der Cystoscopie und des Ureter-Catheterismus beim Weibe. Berl. klin. Wchschr. No. 36. — 16) Martin (Lyon), Tumeur du rein droit du poids de 2200 g chez un enfant de 5 mois. Compression de l'uretère; hydronéphrose. Lyon méd. No. 27. (Wesentlich Leichenbefund; die noch erhaltene Nierenpartie war von der Capsel der Neubildung eines Myosarcoms [?] umgeben.) — 17) Meyer, Willy, Catheterisme of the ureters in the male and in the female, with the help of Casper's ureter cystoscope. New York med. Journ. March 21. — 18) Ramsay, Otto, A complete duplication of the left ureter from the kidney to the bladder. Bull. of the John Hopkins' hosp. No. 68/69. (Zufälliger Leichenbefund bei einer an Hydronephrose bei Ureter-Sarcom gestorbenen Frau.) — 19) Sutton, Bland J., A contribution of the surgery of the ureter. Lancet. May 2. — 20) Derselbe, A contribution to the surgery of the ureter. Ibid. May 19. — 21) Tuffier, Hydronéphrose intermittente droite chez un homme à coudure fixe de l'uretère. Guérison. Bull. et mém. de la soc. de Chir. p. 46. (35jähr. Mann; die Niere war auf eine 3 mm dünne Schaale reducirt.) — 22) Zumbroich, Clemens, Ein Beitrag zur Casuistik der doppelseitigen Wandernieren. Inaug.-Abh. Greifswald. (Von den beiden aus der Mosler'schen Klinik beigebrachten Fällen bestand in dem ersten die Complication mit Retroflexio uteri. Da die Beschwerden durch Einlegung eines Pessariums nicht völlig schwanden, wurde ihr die doppelseitige Nephropexie vorgeschlagen und da sie mit dieser nicht einverstanden war, wurde sie ungeheilt entlassen. In dem 2. Falle gewährte eine passende Bandage dauernde Erleichterung.)

Boari (3) hat seine und Casati's im vorigen Berichte II, S. 404 erwähnten Versuche der Ureteren-Einpflanzung in den Mastdarm dadurch zu vervollkommnen gesucht, dass er in den Ureterstumpf das dünnere Ende eines Knopfes brachte, dessen aus zwei mittels einer Feder verbundenen Platten bestehendes breites Ende im Rectum mit einer Naht befestigt wird. Diese Form der Application des Knopfes ist nunmehr zwei Mal in vivo erprobt worden, einmal bei einer Frau mit weit vorgeschrittener Blasentuberculose und tödt-

lichem Ausgange nach 35 Tagen durch Casati, das zweite Mal wurde bei einer Frau mit grosser Blasenscheidenfistel und völliger Zerstörung der Urethra der linke Ureter in das linke Colon descendens durch Boari implantirt. Beide Beobachtungen sind nicht ausschlaggebend, die erste, weil die weitgediehene Tuberculose zu früh den Tod verursachte, die zweite, weil nicht lange genug beobachtet.

In 2 kurz von Brook (4) beschriebenen Nierensteinfällen, ein 18jähr. Dienstmädchen und einen 22jähr. Bergmann brtreffend, fehlten die gewöhnlichen, die Nephrolithiasis begleitenden Harnveränderungen. Beide Patienten klagten über die heftigsten Schmerzen im Unterleib an dem sogen. Punkt von Mc. Bucney. Erst tiefe Percussion unterhalb des Endes der letzten Rippe in der Lende ergab einen heftigen durchbohrenden Schmerz, der Niere entsprechend. Der im ersten Fall entfernte 132 g schwere Oxalatstein entsprach einem Abdruck von Nieren-Kelchen und -Becken. Der zweite Stein, ein Zwilling und zwar ein 80 g schweres, mit scharfen Krystallnadeln besetztes Oxalat lag ebenfalls im Nierenbecken. Beide Operirte genasen. In der Epicrise wird hingewiesen, dass nach Jacobson zuerst Jordan Lloyd auf den jähen Schmerz bei tiefer Percussion der Lende als wesentliches Steinsymptom der Niere aufmerksam gemacht; die meisten Autoren kennen dasselbe aber nicht.

Fenger (6) berichtet über einen Fall von Beseitigung klappenförmiger Harnleiterstrictur.

Der erste Fall ist ein sehr complicirter. Die Patientin hatte 17 Jahre lang eine wahrscheinlich traumatische rechtseitige Wanderniere. Die Schmerzanfälle liessen nach, kamen aber wieder 5 Jahre später, nach der ersten Entbindung, um dann für 8 Jahre zu verschwinden und dann nach einer Frühgeburt dauernd zu werden. Man konnte eine Erweiterung des rechten Nierenbecken annehmen und die Schmerzhaftigkeit liess die Gegenwart von Steinen vermuthen. Man eröffnete das Nierenbecken durch einen Bauchschnitt, der von der 12. Rippe bis zum Beckenrand schräg nach vorn ging. Die Niere war vergrössert mit einigen Cysten; das Becken, das erweitert war, wurde longitudinal aufgemacht. Man gelangte dann in den erweiterten Ureter, aus welchem es gelang, mit der anderen Hand 4 Steine herauszudrücken. Eine Strictur in Form einer weichen Verdickung fühlte man $2^1/_2$ Z. unterhalb des Nierenbeckens. Man machte auf der Sonde einen Längsschnitt bis unterhalb dieser klappenförmigen Strictur, welche weggeschnitten und dann nach der Methode Verf.'s vernäht wurde. Nachbehandlung durch Verweilbougie No. 12 vom Nierenbecken aus. Glatter Verlauf. Bei der Entlassung nach 7 Wochen noch ein oberflächlicher Granulationsstreifen.

F. betrachtet seine Operation als besser wie die Excision der ganzen Dicke der Wand mit Vereinigung des Ureters durch Invagination (van Hook). Der Ureter wird hierdurch immer verkürzt.

J. Israel (9) macht darauf aufmerksam, dass in den meisten Fällen die Stelle der Verstopfung des Ureter durch einen Stein erst zu finden ist, wenn man den Ureter von seinem Ursprunge an freilegt, bis man zum Stein kommt oder ihn vom freigelegten Nierenbecken aus mit der Sonde fühlt. Die wenigsten Steine sind direct von aussen durchzufühlen, die Untersuchung mittels des cystoscopischen Catheters mit den bisherigen weichen Instrumenten unsicher.

Der Schnitt von der 12. Rippe am grossen Rückenstrecker verlaufend, geht nach vorn und unten, und hat man für den Ureter einen zweiten Schnitt bis zwei Querfinger nach innen vom oberen vorderen Darmbeinstachel, event. bis zum äusseren Rande des geraden Bauchmuskels hinzuzufügen. Für den letzten Abschnitt des Ureters hat man sich durch die parasacrale Methode einen Weg zu bahnen. — Von den 3 von I. operirten Fällen betraf der erste eine 44jähr. Frau, deren Stein, pflaumenkerngross, 5 cm von der Blase lag; der unterste Theil des Ureter war in die Blase prolabirt. Spaltung des Scheidengewölbes; Naht des Ureters. Die beiden nächsten Fälle waren Operationen bei schon bestehender Anurie, bezw. Urämie, bei dem ersten 52jähr. Pat. bestand eine Solitärniere, was erst durch den ferneren Verlauf hervorging. Ausser einem 5 cm unterhalb der Niere durch directe Incision entfernten Stein wurden aus dem Nierenbecken durch Sectionsschnitt noch Steine entfernt. Nierennaht, Heilung. In dem zweiten Fall, eine 45jähr. Frau, bestand im Augenblick der Operation bereits Coma, man fand den Stein erst in der Tiefe des Beckens; trotz Complication eines Risses im Nierenbecken Heilung.

J. glaubt hierdurch bewiesen zu haben, dass man selbst noch bei Coma lebensrettend bei Steineinklemmung wirken kann, und dass sein extraperitonealer Schnitt für Steine im Beckentheil des Ureter ausreicht.

(In der med. Ges. theilt Casper Erfahrungen mit, in denen er Uretersteine von der Blase aus sondirt haben will.)

Kelly (10) hat mit Hülfe seines Verfahrens, sich die Blase und speciell die Harnleitermündung bei Frauen zugänglich zu machen, den Catheterismus der Harnleiter und des Nierenbeckens sehr vervollkommnet. Er hat kürzere Instrumente, die nur für den Harnleiter, und längere, die für das Nierenbecken bestimmt sind. Die Stärke der Instrumente steigt in Viertel-Millimeter von 2—3 mm. Ihre Länge wechselt von 30—50 cm. Es sind gesponnene Seidencatheter mit einem 2 cm hinter dem conischen Ende gebogenen Auge. Wenn man das äussere Ende jedes der auf beiden Seiten eingeführten Instrumente durch sterilisirte Gaze in je ein Probegläschen einführt, so kann man den Harn der beiden Nieren gesondert zur bacteriologischen Prüfung auffangen. Ein weiterer Fortschritt K.'s ist der Gebrauch von Metallbougies für Stricturen des unteren Harnleiter-Abschnittes. Ausspülung der Nierenbecken geschieht in Knieellenbogenlage. Wenn die Flüssigkeit aus dem Irrigator einströmt, liegt die Frau mit erhöhtem Steiss und gesenktem Oberkörper; umgekehrt wird letzterer gehoben, der Steiss gesenkt, um die Einspritzung ablaufen zu lassen. Man kann durch den so ausgebildeten Harnleiter- und Nierencatheterismus jede Quelle einer Pyurie ermitteln, Steine erkennen, indem man von ihnen etwas abkratzt, oder an sie anschlägt oder durch die Verlängerung des Endes der Bougie ihre Existenz erkennt. Ferner vermag man Harnleiterstricturen genau zu localisiren und durch Dilatation zu behandeln und vor Allem eine directe Behandlung des Ureters und Nierenbeckens auszuführen.

Wie bereits von anderer Seite (Postempski, Israel) geschehen, hat Kelly (11) in 3 mit grosser Ausführlichkeit beschriebenen Fällen Niere mit zugehörigem Harnleiter in einer Sitzung gleichzeitig entfernt, nachdem er bereits die Operation als solche in Anlehnung an einen Fall vor der Amer. med. Association im Jahre 1893 beschrieben, ohne dass der Vortrag veröffentlicht worden ist.

Der Fall, anscheinend identisch mit dem jetzt als No. 1 gebrachten, war ein solcher von Tuberculose der linken Niere und des Harnleiters, wie der Harnleiter-Catheterismus zeigte. Auch schien das Orif. vesicale des Ureters schon erkrankt gewesen zu sein. Ein nicht

weniger als 16 cm langer, aussen von der Lin. semilunar. verlaufender Bauchschnitt legte die cystisch-entartete Niere sowie den Ureter frei. Bis zum Beckenrand gelang nach Ligatur der Ovarial-Gefässe dessen Lösung, aber nach Abtrennung von der A. il. und V. il. comm. war dieselbe nicht mehr möglich, und musste man mit der Entnahme der ganzen Portio abdominis und der halben Portio pelvica zufrieden sein; das untere Ende wurde ligirt und mit dem Thermocauter gebrannt. Auch später gelang es nicht den Ureterstumpf zu entfernen. Die Niere war cystisch entartet, die Cysten gingen in das erweiterte Nierenbecken und dieses in dem tuberculösen Ureter. Bei Abschluss des Berichts hatte Pat. noch vermehrte Frequenz und Harndrang. In dem zweiten Falle, bei einer 23jährigen Frau, operirte K. rein extraperitoneal mit Ablösung des Bauchfelles durch einen Bogenschnitt vom Rippenbogen an der Aussenseite des Rückenstücks bis zur Höhe der Spina ant. sup., und dann nach innen zur Lin. semilunaris, 23 cm Ureter, das heisst bis 5 cm unterhalb des Scheidengewölbes, wurden entfernt. Die degener. Niere und Ureter waren tuberculös. Glatte Genesung. Der dritte Fall, betr. eine 80jährige Frau, war sehr ähnlich, nur wurde die Operation durch das Fettpolster sehr erschwert. Schnittführung war sehr ähnlich; das unterste Ende des Ureter wurde aber von der Scheide aus entfernt. Genesung.

Mainzer (15) hat in der Privatklinik von L. Landau in Berlin neben dem Casper'schen cystoscopischen Harnleiter-Catheterismus das Braemer'sche Instrument erprobt. Während mit ersterem die Besichtigung der Blasengegend wie aus der Vogelperspective aussieht, und dasselbe daher bei der Besichtigung des Blasengrundes speciell der Ureteren-Mündung im Vortheil ist, sieht man bei dem Braemer'schen Instrument direct durch und arbeitet beim Ureteren-Catheterismus in gerader Richtung. Von Nutzen ist bei der Frau der Harnleiter-Catheterismus unter gleichen Verhältnissen, wie bei dem Manne, ausserdem in einzelnen Fällen zweifelhafter Einklemmung von Wanderniere bezw. intermittirender Hydronephrose.

Im Beginne dieses Abschnittes haben wir die eingehende und sachverständige Beschreibung des cystoscopischen Harnleitercatheterismus nach Casper von Willy Meyer (17) in englischer Sprache zu erwähnen. So leicht dieser Catheterismus in bestimmten Fällen gelingt, so darf man hierauf keineswegs in allen Fällen rechnen. Man muss vor Allem die Cystoscopie ausführen — und auch diese hat ihre Grenzen — und mit deren Hilfe zu den Harnleitermündungen zu gelangen suchen. Von früheren Methoden des Harnleitercatheterismus kommt nach Vf. gegenüber der vorliegenden nur noch die für die weibliche Blase bestimmte und in unseren Berichten mehrfach, unter Anderem auch im laufenden Jahre, besprochene in Betracht.

Von den 3 Fällen von Erkrankungen des Ureter, über welche Bland Sutton (19) berichtet, ist der erste bemerkenswerth, weil er mit der Entfernung einer gesunden Niere endete. Bei einer Appendix-Operation war der Ureter in Narbengewebe gerathen. Zeitweilig bestand eine Uretero-Vesical-Fistel, nach deren Schluss die Beschwerden der Dysurie so gross waren, dass man sich zur Entfernung der betr. Niere entschloss. Seitdem blieb Pat. gesund. — Der zweite Fall war ein solcher von entzündlicher Strictur des Ureter, welche aber zeitweilig durchgängig war, so dass man eine angeborene Anlage annehmen muss, und die Schmerzanfälle von zeitweiliger gesteigerter Contraction des Ureter herrühren können. Nierenexstirpation. Heilung. — Der dritte Fall: Ein Neugeborenes mit einigen anderen Missbildungen zeigte Verschluss der Urethra am Bulbus, die Blase excentrisch - hypertrophisch, beiderseits polycystische Niere. Rechts hatte der Ureter ein grosses Divertikel, weiter hinauf war er dünner.

Sutton (20) berichtete folgende Fälle: 1. 28jähr. Frau, nach Appendix - Exstirpation heftige Blasenbeschwerden, zeitweilige Ureterscheidenfistel; rechter Ureter mit dem Blasenrande in Narben eingebettet; 10 Monate später Exstirpation der rechten gesunden Niere. Heilung, nur zur Zeit der noch persistirenden Menses Schmerz. — 2. 48jähr. kinderlose Frau, seit 25 Jahren Nierencolik ohne sonstige Nierensymptome; 1 Mal Eiter im Harn. Linke hydronephrotische Niere durch Langenbeck'sche Incision entfernt. Angeborene Enge des Ureter. Heilung. — 3. Präparat eines männlichen Foetus mit vom Bulbus an undurchgängiger Harnröhre. Blase hypertrophirt, der rechte Ureter führt in eine polycystische Niere, der linke mündet durch einen colossalen Sack, dem der linke Hoden aufsitzt, durch eine 3 ccm weite Oeffnung in die Blase; linke Niere hydronephrotisch.

3. Krankheiten der Harnblase.

1) Alapy, Bemerkungen zu Herrn Dr. Hottinger's Arbeit, Zur Frage der Absorptions-Fähigkeit der Harnblase. Centralbl. f. d. Krankheiten der Harn- und Sexualorgane. S. 324. — 2) Amat, Charles, Fistules uréthrales consécutives à un phimosis. Gaz. méd. de Paris. No. 30. (50jähr. Pat.: Phimosis congénital. Fistules uréthro-périnéo-scrotales. Débridement préputial. Sonde à demeure. Guérison. Der Fall ist durchaus nicht aufgeklärt, wie auch A. in der Epicrise betont, namentlich auch darin nicht, dass die atrophische angeborne Phimose als Ursache der wiederholten Harnbeschwerden und Fistelbildung den früheren Beobachtern entgangen ist.) — 3) Audry, Ch., Cystotomie sus-pubienne. Section totale. Guérison rapide. Gaz. hebdom. No. 7. (Man fand als Ursache der Beschwerden eine Muskelklappe am Blasenhals.) — 4) Derselbe, Rupture extrapéritonéale de la vessie consécutive à l'emploi des grands de l'urèthre ou cours d'une blennorrhagie. Guérison. Arch. provinc. de Chir. p. 168. (Das Wesentliche enthält die Ueberschrift. 40jähr. Pat. Die Ruptur extraperitoneal, aber nicht weiter beschrieben.) — 5) Association française d'urologie, Valeur comparative de la ponction et de l'incision sus-pubienne dans la rétention aiguë d'urine. Annal. des org. génito-urin. — 6) Baumgärtner, Blasenfisteloperation. 7 Jahre nach Durchbruch eines im Ligamentum latum liegenden Abscesses in die Blase. Berlin. klin. Wochenschrift. No. 19. (Von vorwiegend gynäcologischem Interesse. Die Sachlage klärte sich erst gelegentlich einer Perityphlitis-Operation und Resection des Appendix und Gegenöffnung im Scheidengewölbe. Die curative Operation bestand in Ablösung von Cervix und Vagina von Blase und Urethra, und stumpfer Trennung der Blase von ihren Verwachsungen. Reposition der Blase. Die seitlich sitzende Oeffnung der Blase liess sich nach vorn drehen und schliessen. Nachbehandlung durch Verweilcather und des Abscesses von dem seitlichen Scheidengewölbe durch die alte Gegenöffnung. Heilung nach $1\frac{1}{2}$ Jahren constatirt. Anbei einige allgemeine und entwickelungsgeschichtliche Betrachtungen.) — 7) Beach, H. H., A Case of pelvic tumor formed by a calcified Meckel's Diverticulum uniting the ileum and bladder. Ann. of surg. XXIV. Oct. p. 484. — 8) Becker, Julius, Ueber die Operation der Blasenmastdarmfisteln. Inaug.-Abh. Berlin. (Kurze Beschreibung der Karewski'sche Methode. Von einem Querschnitt aus. Dann Ablösung von Urethra und Prostata nach vorn, vom Mastdarm nach hinten. Darmnaht nach Anfrischung. Perineale Blasendrainage, Sphincterotomie und Verweilcatheter. Zum Schluss ein nicht abgeschlossener Fall, der mit Colostomie behandelt wurde. aus der Bardeleben'schen Klinik.) — 9) Beckmann. (Beitrag zur Frage der Therapie der Blasen- und Urethralverletzungen. Inaug.-Abh. Halle a. S. (Be-

richt über die einschlägigen Fälle aus der chirurgischen Klinik in Halle. Von 4 extraperitonealen Blasenrupturen 2 durch Naht und Verweilcatheter geheilt, 2 gestorben. Von 13 Harnröbrenzerreissungen starben 4, 9 geheilt. Von den Verletzungen ohne Complicationen waren 3 uncomplete Rupturen, complete Rupturen 4. Eine uncomplete Ruptur wurde mit Zurücklassung einer Strictur, 2 complete Zerreissungen mit solcher einer Fistel behandelt. In 2 Fällen bestand Beckenfractur. Ausserdem kamen 2 Rupturen erst spät, als sich bereits Stricturen gebildet, zur Behandlung. Anbei die ausführlichen Krankengeschichten.) — 10) Bloodgood, Jos C., A new apparatus for immediate and permanent drainage of the urinary bladder after supra-pubic cystic cystostomy. Bull. of the John Hopkins Hosp. No. 61. Vol. VII. (Platter, mit oberem und unterem Abflussschlauch versehener Urinbehälter, in dessen Mitte eine Oeffnung für die festschraubbare Hartcautschuk-Canüle sich befindet. Nach Bedürfniss entleert Pat. selbst in situ den Urinbehälter, ihn gleichzeitig durchspülend.) — 11) Bond Thomas and A. H. Tubby, A case of extra-peritoneal rupture of the bladder; suprapubic cystotomy: recovery. Lancet Dec. 12. (Hosp.-Bericht über einen 63jährigen Prostatiker, dessen Riss aber nicht von äusserer Gewalteinwirkung, sondern von einer Catheterverletzung herrührte. Nachdem Pat. bereits per urethram viel Blut verloren, und man ein grosses Gerinnsel aus dem Prävesical-Raum entfernt, fand sich der Riss an der Basis der Blase, rechts von der Prostata. Drainage. Heilung.) — 12) Borchardt, Georg, Der Mechanismus der Harnentleerung in physiologischer und pathologischer Beziehung. Inaug.-Abh. (Zusammenstellung.) — 13) Brik, J. H., Ueber Leucoplacia vesicae. Wien. med. Pr. No. 36 u. 37. — 14) Camero, G., Le traitement de la cystite douloureuse par le curettage vésical chez la femme. Gaz. hebd. No. 77. — 15) Clark, J. G., Subacute and chronic cystitis treated by vesical ballon. John Hopkin's Hosp. Bulletin. No. 59. (Ein kleiner Gummiballon wird mit Hilfe des Kelley'schen Speculums eingeführt und aufgeblasen.) — 16) Cramer, K., (Aus der chirurg. Abth. des Bürgerhospitals in Köln, Oberarzt Geh.-Rath Dr. Bardenheuer) Ein Fall von Blasenruptur. Deutsche med. Wochenschr. No. 1. — 17) Dawburn, Rob. H., A very simple and reliable plan for bladder-drainage, with an illustration. New York med. rec. May 20. (Irrigator mit T-Rohr, der abführende Schenkel besteht aus einem Gummischlauch, der durch Knotung geschlossen wird.) — 18) Degen, Ruptur der hinteren Blasenwand. Naht. Heilung. Münch. med. Wochenschr. No. 4. (31jähr. Pat. mit voller Blase zwei Treppen hoch hinabgestürzt. Diagnose einer intraperitonealen Ruptur leicht; Laparotomie nach 2 Tagen. In der Blase massenhaft Gerinnsel; hinten unmittelbar hinter dem Scheitel schräg nach links unten verlaufender Riss, 4 cm lang, oben nur die Serosa, unten die ganze Blasenwanddicke betreffend. Austupfen der Bauchhöhle, Blasennaht, die nicht hält. Aus der Wunde entleert sich eitriger Urin unter Abstossung von brandigen Fetzen; allmälig mehr Harn per urethram. Entlassung mit kleiner granulirender Wunde.) — 19) Englisch, J., Ueber tuberculöse Infiltration des Zellgewebes in der Umgebung der Vorsteherdrüse und Blase. Wien. klin. Hefte. — 20) Fenwick, E. Harvey, A lecture on the clinical significance of the simple solitary ulcer of the urinary bladder. Lancet. May 9. — 21) Finger, E., Zur Anatomie und Physiologie der Harnröhre und Blase. Wien. med. Wochenschr. No. 27—28. (Betrifft die Wirksamkeit des M. compressor urethrae, der die Harnröhre in zwei völlig gesonderte Abschnitte theilt.) — 22) Feister, L., Leçons sur les inflammations de la vessie. Cystite douloureuse par le professeur Tédénat. Nouveau Montpellier médical. No. 20. (Hat nicht vollständig vorgelegen.) — 23) Garceau, Edgar, Some affections of the female bladder. Boston med. and surg. Journ. Septbr. — 24) Görl, Zellengeschwulst der Blase. Operation mit dem Nitze'schen Operationscystoscop. Centr.-Bl. f. die Krankh. der Harn- und Sexualorgane. S. 129 und 185. — 25) Goldenberg, Hermann, Bacteriuria. New York med. Record. Aug. 15. (Hartnäckige Trübung des Urins durch Bacterien — eine nähere Untersuchung dieser unterblieb — bei einem an Urethritis posterior und Vesiculitis seminalis leidenden 33jähr. Pat., bei dem, da alle sonstigen Mittel fehlschlugen und Heilung durch Mastdarmirrigation erfolgte, ein Beweis für die Entstehung der Bacteriurie durch Einwanderung der Microben vom Darm aus in letzterem Umstande gesehen wird!) — 26) Graf, Fritz, Urachusfisteln und ihre Behandlung. Inaug.-Diss. Berlin. — 27) Greiffenhagen, W., Die chirurgische Behandlung der Blasentuberculose. Deutsche Zeitschr. f. Chir. XLIII. S. 285. (47jährige Patientin, erst seit 9 Wochen erkrankt, nicht erblich belastet, mit Tuberculose der Blase und tuberculöser Infiltration der Blasenwand und rechtsseitiger tuberculöser Epididymitis mit Hydrocele. Im Harn Tuberkelbacillen, an der Glans Verhärtung, in der Tiefe der Urethra Stricturen. Allmälige Entwicklung von käsigen Dammabscessen mit Durchbruch in die Urethra. Sect. med. und nachfolgende Drainage, Borspülungen und Jodoforminjectionen. Erweiterung der Strictur, nach 5 Wochen auf 4 Wochen Verweilcatheter, keine Tuberkelbacillen im Harn mehr. Völlige Heilung binnen 3 Monaten. Hydrocele und Epididymitis bis auf eine kleine Verhärtung, sowie Eichelinfiltration geschwunden. Pat. noch nach 1 Jahr gesund.) — 28) Guyon, Emploi du chloroforme pour les opérations, qui se pratiquent dans la vessie et l'urèthre. Ann. des malad. des org. gén.-ur. — 29) Hallé, Noël, Clinique des maladies des voies urinaires à l'hopital Neckar, Leucoplacies et cancroides dans l'appareil urinaire. Ibidem. p. 481 etc. — 30) Harrison, Reginald, The Bradshaw lecture on vesicae stone and prostatic disorders. Brit. med. Journ. Dec. 12. (Kurze von practischen Bemerkungen begleitete Wiedergabe der Ansichten des bekannten Fachmannes.) — 31) Heaton, Georg, A case of intra-peritoneal rupture of the urinary bladder in a woman successfully treated by abdominal section and suture. Lancet. April 11. (Hosp. Ber. über eine 38jähr. Frau, welche dadurch verletzt worden war, dass am Abend vorher ihr Mann auf ihren Bauch gefallen war. Die Diagnose konnte hauptsächlich durch das Ergebniss des Catheterismus festgestellt werden. Nachdem ein weiches Instrument 4 Unzen stark blutigen Harns entleert, wurde ein starker Silbercatheter seiner ganzen Länge nach eingeführt und konnte direct unter den Bauchdecken gefühlt werden. Beim Herausziehen entleerte er wieder 4 Unzen blutigen Harns. Operation 15 Stunden nach der Verletzung entleerte viel blutige Flüssigkeit aus dem Bauchfellsack. Der Riss mit gefetzten Rändern, aus denen die Mucosa prolabirte, verlief oben und hinten etwas nach links und maass $3^1/_2$". Naht in 2 Reihen. Vgl. Ann. of Surg. XXII. p. 676.) — 32) Herman, G., A case of pelvic hydatid forming a retro-uterine tumour and causing retention of urine. Lancet. Nov. 31. (Hosp. Ber. über eine 66jähr. Frau. Das Wesentliche enthält die Ueberschrift. Die Diagnose wurde erst nach Untersuchung der exstirpirten monoloculären Cyste durch den Befund von Haken in ihrem gelblichen Inhalt gestellt. Reconvalescenz durch Eiterung hinter dem Uterus unterbrochen. Incision von der Vagina aus — Heilung.) — 33) Högerstedt, A., Zur Kenntniss der traumatischen intraperitonealen Ruptur der Harnblase. Petersb. med. Wochenschr. No. 30. — 34) Holländer, G., Aus der chir. Abth. des jüdischen Krankenhauses zu Berlin. Zur Frage der Blasenverletzung beim Bauchschnitt. Berl. klin. Wochenschr. No. 42. — 35) Hollendall, Hugo, Ueber die operative Behandlung einer traumatischen intraperitonealen Ruptur der Harnblase. Inaug.-Abh. Strassburg i. E. — 36) Hotch-

kiss, Lucius Wales, Chronic perivesical inflammation. Ann. of surg. XXIII. p. 140. (Ausführliche Wiedergabe eines einen 58 jähr. Prostatiker betreffenden Falles mit Autopsie, sonst wesentlich Bekanntes.) — 37) Hottinger, R., Zur Frage der Absorptionsfähigkeit der gesunden Harnblase. Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane. S. 249. — 37a) Derselbe, Entgegnung zu den Bemerkungen des Dr. Alapy, Ebendas. S. 333. (In der Polemik mit Alapy, s. o. sub 1 ist letzterem insofern beizustimmen, als mit Sicherheit das Zurückfliessen der Blaseninjection in H.'s Versuchsthieren nach der Urethra nicht völlig auszuschliessen ist. Uebrigens entbehren die Versuche H.'s jeder feineren microscopischen Untersuchung.) — 38) Imbert, De la cystocèle inguinale. Annal. des malad. des org. gén.-ur. — 39) Kolischer, Gustav, Aus der Klinik des Prof. Schwarz. Eine Spätform der gonorrhoischen Cystitis beim Weibe. Wien. med. Presse. No. 42. — 40) Krynski, Leon (Krakau), Zur Technik der Ureteren-Implantation in den Mastdarm. Centralbl. f. Chir. No. 4. — 41) Küster, Ueber Resection der Harnblase mit Verlagerung des Harnleiters. Arch. f. klin. Chir. Bd. III. S. 465. — 42) Leersam, E. C., Zeldzaam vorkomende abnormität van den Penis. Weekblad van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1895. 23. XIII. p. 1077. (Bei dem 7 monatl. Knaben war der Penis völlig versteckt. Die Haut ging an der Symphyse direct in das Scrotum über, letzteres in das innere Blatt der Vorhaut, so dass nur eine feine Oeffnung bestand, Spaltung dieser.) — 43) Leidié, Recherches cliniques sur les urines purulentes. Annal. des malad. des org. gén.-ur. — 44) Levin, Isaac, Ueber eine Methode, die Harnblase durch das Cavum ischio-rectale zu eröffnen. Berl. klin. Wochenschr. No. 13. (Die Beschreibung der bisher nur an der Leiche erprobten Methode ist ohne die beigegebene Abbildung nicht verständlich. Der Schnitt beginnt einen Querfinger oberhalb der Mitte einer Linie, welche den Anus mit dem Tuber ischii verbindet und verläuft ca. 8—10 cm lang nach unten. Ob der Schnitt senkrecht oder in einer anderen Richtung zu dieser Linie verlief, ist nicht angegeben. Auch wegen einiger anderer Puncte ist daher ausdrücklich auf das Original zu verweisen.) — 45) Marx, Lavages sans sonde de l'urèthra posterieur et de la vessie. Rev. de Therap. méd. chir. Fev. 15. Ann. des mal. des org. gén.-ur. p. 264 (nach Lavaux). — 46) Maydl, Neue Beobachtungen von Ureterimplantation in die Flexura romana bei Ectopia vesicae. Wien. med. Wochenschr. No. 28—31. — 47) Michels, Ernst, On prevesical abscess. Med. chir. Transact. Vol. 79. p. 63. — 48) Michon, Valeur thérapeutique de l'incision hypogastrique de la vessie. Annal. des org. gén.-ur. — 49) Monari, Umberto, (Aus der Bologneser chir. Klinik.) Cystocele inguinalis. Bruns Beitr. zur klin. Chir. XVII. S. 477. — 50) Mougeot (de Chaumont), Cystostomie sus-pubienne. Bull. et mém. de la soc. de chir. p. 124. (3 Fälle; der Berichterstatter Bazy hält dem gegenüber den im vor. Jahre mehrfach des Längeren erörterten negativen Standpunct zu Gunsten des Verweilcatheters aufrecht.) — 51) Morgan, George, A case of dilated urachus accidentally opened whilst performing abdominalsection for peritonitis; recovery. Lancet. Oct. 24. (Hosp. Ber. über einen 5 jährigen Knaben. Das Wesentlichste enthält die Ueberschrift. Es wurde angeblich eine Cyste, welche mit der leeren Blase communicirte, angeschnitten. Urin entleert und dann die Incision gemacht. Toilette des entzündeten Bauchfells; Heilung.) — Morris, Henry, The importance of bimanual examination of the urinary bladder in diagnosing haematuria of vesicae from that of renal origin. Lancet. Oct. 31. (Die bimanuelle Untersuchung besteht in Einführung des Fingers der einen Hand in den Mastdarm resp. die Scheide, während die andere Hand die vorher entleerte Blase diesem durch Druck oberhalb des Schambogens entgegendrängt. Die Empfindung einer gewissen, wenn auch weichen Resistenz, hat in drei beigefügten Fällen zur Erkennung einer Neubildung geführt.) — 53) Moure, T. K., Incontinence of urine inherited by an entire family from their father. Lancet. March 14. (Der Vater soll als junger Mensch an Enuresis nocturna gelitten haben. Drastische Beschreibung, wie die 7 Kinder in ähnlicher Weise litten, und wie die Familie nichts gebrauchen wollte!) — 54) Newman, David, A case of cyst of urachus. Glasgow med. journ. July. p. 20. — 55) Niehaus, E., Ein Fall von Inversion der Blase (Medicinisch-Pharmaceutischer Bezirksverein Bern). Correspondenz.-Bl. f. Schweiz. Aerzte. No. 5. (Die Beschreibung ist eine so kurze und unvollständige, dass ein Referat beim besten Willen unmöglich ist.) — 56) Nitze, Max, Die intravesicale Operation der Blasengeschwülste. Centralbl. f. d. Krankh. der Harn- u. Sexualorgane. S. 377 u. 470. — 57) De Pezzer, Un nouveau cône fixateur à griffer pour l'introduction des sondes de Malécot et de Pezzer. Ann. des mal. des org. gén.-ur. p. 329. (Der Conus des Mandrin wird durch ein mittels eines Ringes zu fixirendes Paar Federn am Pavillon festgehalten.) — 58) Poppert, Ueber eine Methode zur Erzielung eines normalen Blasenverschlusses bei angeborener Blasen- und Harnröhrenspalte. Arch. f. klin. Chir. Bd. II. S. 154. — 59) Pousson, Alfred, Progrès réalisé depuis six ans dans le traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie. Ann. des mal. des org. gén.-ur. p. 103. — 60) Derselbe, Néoplasme de la vessie longtemps méconnu et diagnostiqué seulement à l'aide du cystocope. Ibid. p. 242. (Das Wesentlichste des einen 55jähr. Pat. betreffenden Falles bringt die Ueberschrift. Bei Abschluss, 2 Monate nach der letzten Operation, trug Pat. noch den Pezzer'schen Catheter.) — 61) Reynolds, Edw., The results obtained by examination of the air distended bladder in females with some remarks upon the technique and a summarized report of cases. Boston med. and surg. Journ. Jan. 5. (Die Kelly'sche Methode von R. in der Knieellenbogenlage empfohlen, wobei die Pat. sich bald auf die eine Seite, bald auf die andere nur stützt, ist im Ganzen in 16 summarisch beschriebenen Fällen angewandt worden; 3 von diesen wurden ohne Behandlung entlassen, 9 genasen, 2 wurden gebessert und 2 blieben ungebessert.) — 62) Derselbe, A case of sacculated bladder. Ibid. April 30. (58jähr. Frau, der bereits der Cervix uteri wegen eines nicht malignen Geschwürs resecirt worden war. Urindrang, im Urin Bacterien. Fortbestehen der Blasenbeschwerden führte zur Untersuchung der Blase nach Kelly. Man fand chronische Verschwärungen und Narbenzüge, letztere hatten an den Ecken oben beiderseits Stücke der Blase abgeschnürt. Die Sackhöhle war von Wallnussgrösse, vorher mit einer Art klappenförmigen Eingang. Auswaschen der Blase mit Höllensteinlösung von $1\frac{1}{2}$ pCt. Heilung.) — 63) Riess, Carl, Die practische Bedeutung der modernen Cystoscopie. (Vortrag geh. im Stuttgarter ärzt. Verein.) Med. Corr.-Bl. des Württemberg. ärztl. Landesvereins. (Gute orientirende Darstellung.) — 64) Roberts, Epicystotomy and use of the hard rubber stem in the treatment of old mans bladder. Journ. of cut. and gen.-ur. diseases. p. 180. (Der Gebrauch eines Zapfens aus Hartgummi zum zeitweiligen Schluss einer Blasen-Bauchfistel dürfte wohl nicht neu sein!) — 65) Rochet et Durant (de Lyon), Cystotomie et Cystostomie périneales. Drainage directes du bas-fonds vésical par le périnée. Arch. provinc. de Chir. p. 482. — 66) Rollet, Des adhérences du péritoine à la symphyse constatées dans trois cas de la cystotomie sus-pubienne. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. p. 195. (Die 3 Fälle sind zu kurz mitgetheilt, um ein Referat zu gestatten. Bazy als Berichterstatter erklärt sich gegen die Sect. alta bei Harnverhaltung zu Gunsten der zu wiederholenden aspiratorischen Capillar-Punction.) — 67) Rotgans, J., De Echinococcus tüschen blaas en rectum.

Weekblad van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 26. — 68) Sachs, Willy, Ein neues Harnblasen-Phantom. Arch. f. klin. Chir. XLII. S. 139. (Gummiballon, in dem den Ureteren und der Urethra entsprechend Gummischläuche münden, und welcher auf einem ausgehöhlten Lederboden in einem verschliessbaren Kasten ruht. Das Phantom entspricht seinem Autor zufolge noch nicht allen Anforderungen, ist aber trotzdem während der Patentanmeldungen veröffentlicht worden, weil inzwischen Wossidlo der Berl. med. Gesellschaft ein ähnliches Modell vorlegte. Ref.) — 69) Scalistschew, E. G., Studium aus der chir. Hospitalklinik der Tomsker Universität. Beitrag zur Lehre von den Blasenbrüchen. Arch. f. klin. Chir. LIV. S. 135. — 70) Schlifka, Max, Die Bacteriurie als Complication der gonorrhoischen Erkrankung. Wiener med. Pr. No. 13. (Das Hauptergebniss der vorliegenden Arbeit betrifft die Pat., die nach einer Gonorrhoe Bacteriurie zurückbehielten. Kann man mit einiger Sicherheit die völlige Heilung der Gonorrhoe constatiren, so stellt die Bacteriurie allein kein Hinderniss der Ehe dar. Eine Schädigung der Frauen durch Verkehr mit derart afficirten Männern konnte Verf. nicht beobachten.) — 71) Schuchardt, Carl, Ueber gutartige und krebsige Zottengeschwülste der Harnblase nebst Bemerkungen über die operative Behandlung vorgeschrittener Blasenkrebse. Arch. f. klin. Chir. LII. S. 53. — 72) Derselbe, Aus der chir. Abtheil. des städt. Krankenhauses in Stettin. Spontane Heilung einer inoperablen bösartigen Blasengeschwulst. Deutsche med. Wchschr. No. 9. — 73) Stein, Alexander W., Some forms of non-obstructive ischuria. New-York med. Record. July 25. (Bericht über Fälle von vorübergehenden und längeren Innervationsstörungen der Blase aus sehr verschiedenen Ursachen und demnach verschieden zu behandeln; keines Auszugs fähig.) — 74) Tailhefer, Un nouveau méfait de la ponction hypogastrique. Gaz. hebdom. No. 53. (70 jähr. Prostatiker mit subperitonealem Haematom in Folge Punction; ist in 3 Tagen uraemisch, altes Nierenleiden.) — 75) Tucker, E. F. Gordon, On the value of an early cystotomy in acut haemorrhagic cystitis. Lancet. Oct. 3. (Ueber den Befund nach Eröffnung der Harnblase fehlen genaue Angaben.) — 76) Weir, Robert F., On the treatment of rupture of the urethra by immediate suture and bladder drainage. New York med. Record. May 19. (1. 27jähriger Mann mit Harnröhrenzerreissung seit 3 Tagen durch Fall rittlings; am 4. Tage Urethrotomia ext. ohne Leitungssonde, Harnröhrennaht, Blasendrainage durch einen besonderen Aspirationsapparat während 13 Tagen, Entfernung der Nähte. Die Krankengeschichte schliesst 12 Wochen nach der Operation; ein Instrument No. 30 [französ.] passirte leicht. — 2. 43jähriger Mann mit Strictur in der vorderen Urethra; Fall rittlings; nach 13 Stunden Sectio med. mit theilweiser Harnröhrennaht und Drainage vom Damm her. Pat. war bei Entlassung noch nicht völlig geheilt. — In beiden Fällen betraf die Ruptur die Pars bulbosa.) — 77) Witte, Reinhard, Ueber Blasenwand-Abscesse. Inaug.-Abh. Greifswald. — 78) Zamazol, J., Beitrag zur Aetiologie des unwillkürlichen Harnträufelns. Operirt von A. Prager und J. Zamazol. Wien. med. Bl. No. 36. (Cursorische Mittheilung über eine 46jährige Bauersfrau, deren in stehender Position auftretendes Harnträufeln auf einem Harnröhrendivertikel mit Inversio vaginae beruhte. Die Divertikelbildung war eine Folge mehrfacher Blumenkohlgeschwülste der vorderen Urethra. Nähere Angaben über Natur dieser Geschwülste fehlen.) — 79) Zeissl, M. v., Ueber den Blasenverschluss und über die Trichterbildung in der hinteren Harnröhre. Wien. med. Presse. No. 21 u. 22. — 80) Ziegner, Hermann, Ueber Rupturen der Harnblase. Inaug.-Abh. Halle a. S. (6 in der chirurgischen Klinik zu Halle behandelte Fälle, davon 4 mit Naht, 1 mit Drainage, diese geheilt; der 6. hatte bereits Harninfiltration und starb.)

Beach's (7) 62jährige Patientin, die seit 15 Jahren unterleibs- und harnleidend, an häufigem Uriniren litt. Absonderung von Harnsäure und Uraten und Faecalien, Steine vortäuschend.

Bei der Laparotomie fand man unter dem adhärenten Netz und nach dessen Trennung eine feste, steinharte, hühnereigrosse Masse, die einerseits einer Dünndarmschlinge, 2 Zoll über dem Blinddarm, und andererseits der Blase anhing. Bei Dissection musste von Darm und Blase ein Stück entfernt werden, ebenso ein fester Strang, der vom Mesenterium quer durch die Tiefe des Beckens zur Blase zog. Darm und Blase wurden gereinigt, ebenso die äussere Wunde, die nur an einer Stelle mit Gaze drainirt wurde. Verweilcatheder. Glatte Heilung.

Die nähere Untersuchung zeigte einen kartoffelgrossen, an der Innenwand verkalkten Sack, der einige Centimeter weit sich unregelmässig in die Blase öffnete, nach dem Darm aber nur einen Durchlass von ½ cm hatte. Seine Wandung glich der des Ileum, nur nach der Blase zu mehr einem Granulationsgewebe. Der Strang bestand aus Fettgewebe, von Peritoneum umhüllt. Das Ganze ist als ein Meckel'sches Divertikel aufzufassen, dessen Verbindung mit der Blase die Folge nachträglicher Entzündung ist. Der Strang entspricht dem atrophirten Mesenterium des Divertikels.

Leukoplakie der Blase, Epidermeiterung, bereits von Rokitansky beschrieben, ist nach Brik (13) nicht so selten. Man kann sie mit dem Cystoscop in Form unbeweglicher Flecken, im Harnsediment als Schuppen darthun. Als aetiologisches Moment konnte Beach in 4 näher mitgetheilten Fällen, von denen er 3 viele Jahre hindurch beobachten konnte, Gonorrhoe erkennen. In einem Falle handelte es sich um papilläre Verhornungen. In leichten Fällen kommt man mit Spülungen mit Bor- oder Resorcin-Lösungen aus. In schwereren ist Local-Therapie durch Auskratzen bezw. Thermocaustik angezeigt.

Camero (14) berichtet aus der Abtheilung Guyon's über die von diesem in schwereren Fällen von Cystitis dolorosa geübte Auslöffelung der weiblichen Blase durch die Urethra. Ausspülungen der Blase mittelst eines Evacuations-Catheters, bei denen die Wandungen nicht übertrieben zu dehnen sind, gehen der Operation behufs Reinigung der Blasenwandungen voran. Von 29 einschlägigen sehr verschiedenartigen Fällen boten 19 (65,5 pCt.) günstige, 9 (34,5 pCt.) ungünstige Ergebnisse. Beim Mann hatte man bei Anwendung der Curettage die Boutonnière zu benutzen. In den Schlussfolgerungen wird betont, dass man bei Frauen, abgesehen von der Anwendung der Colpocystotomie in sehr schweren Fällen, das Verfahren dort anwenden soll, wo man mit der gewöhnlichen örtlichen Behandlung nicht ausreicht.

Cramer (16) berichtet über eine, gewisse Eigenheiten bietende, Blasenruptur.

Der betr. 49jähr. Pat. war bei voller Blase mit dem Unterleib gegen eine Treppenstufe gefallen. Hauptbeschwerden waren schmerzhafter Drang bei Unvermögen, die Blase zu entleeren. Der Catheterismus ergab ca. 300 ccm blutiger Flüssigkeit. Absolute Dämpfung bis zur Nabelhöhe, seitlich bis zur Lin. axill. Blase nicht deutlich palpabel per rectum, vom Mast-

darm an dessen Vorderwand ein fluctuirender Tumor fühlbar. Durch supersymphysären Querschnitt (30 Stunden nach der Verletzung) entleerte sich urinöse Flüssigkeit, solche infiltrirte auch das Gewebe in der Umgebung der Blase. Nach stumpfer Ablösung des Bauchfelles fand man nach einstündigem, durch gefärbte Injectionen in die leere Blase wenig unterstütztem Suchen den Riss, der hinten in der Nähe des Fundus 6 cm unterhalb der Umschlagsstelle des Bauchfelles quer verlief. Er war 5,5 cm lang, seine fetzigen Ränder klafften 1,5 cm. Extravesicale Lembert'sche Catgut-Naht; Tamponade des perivesicalen Raumes, keine Blasendrainage oder Verweilcatheter. Nach 9 Wochen völlig geheilt.

Aus einem längeren von einigen Krankengeschichten begleiteten Vortrage von Englisch (19) über die tuberculöse Infiltration des Zellgewebes der Blase und der Vorsteher-Drüsen sind einige Punkte herauszuheben:

Entzündliche Vorgänge an oder in der Umgebung der Harnwege lassen eine Möglichkeit der Umwandlung in Tuberculose annehmen, und ist dieser Dyscrasie Rechnung zu tragen. Je fortgeschrittener dieselbe, um so eher ist die Entartung zu erwarten. Jüngere Personen haben grössere Widerstandsfähigkeit, tuberculöse Processe an den äusseren Harnwegen eine bessere Prognose, als die an den inneren, und zwar die an der häutigen Harnröhre mehr, als die um die Prostata. Letztere bei älteren Leuten sind ungünstig und zwar um so mehr, je weiter die Dyscrasie fortgeschritten. Für die Therapie ergiebt sich hieraus die Möglichkeit, auf eine bestehende Dyscrasie bei allen Leiden der Harn- und Geschlechtsorgane zu achten. Bei geringstem Verdacht ist neben der Localtherapie eine allgemeine antidyscrasische Behandlung einzuleiten. Tuberculöse Abscesse in Umgebung der häutigen Harnröhre können mit Zuwarten behandelt werden. Greift der Process in die Nähe des Plex. Santorini oder der Blase, ist baldige Eröffnung vom Mastdarm aus indicirt. Häufig ist auch die Ablösung des Mastdarms von der Blase und Harnröhre angezeigt. Bei Fortschreiten der Entzündung auf die Blase kommt die Ablösung des Rectum in Frage; bei eiterigem Zerfall des Zellgewebes auf der Blase ist die Bauchwand über der Symphyse einzuschneiden.

Nach Fenwick's (20) Erfahrung beruhen die chronischen Geschwüre der Blase keineswegs alle auf Tuberculose, viele Geschwüre sind einfache, die, meist junge Leute etwa im Alter von 20 Jahren betreffend, sich durch vermehrte Pulsfrequenz, intermittirende Hämaturie und vor Allem durch einen jähen Schmerz in der Pars penilis urethrae geltend machen. In diesem ersten Stadium ist die von jeder Infection unabhängige Erkrankung der Heilung und Behandlung zugänglich. Heilung tritt in einzelnen Fällen sogar spontan auf; andere blieben in diesem Stadium eine Reihe von Jahren. Die Behandlung besteht in Sandelöl; ebenso in tonisirenden Mitteln, wie Malz und Leberthran, in kleinen Dosen Quecksilber, besonders reichlicher Diät und frischer Luft. Hartnäckige Fälle bedürfen der Curettage, die hier im Gegensatz zu den tuberculösen Geschwüren Erfolg hat. Das zweite Stadium ist das der Cystitis, mit Neigung zu Phosphat-Niederschlägen und Bildung sog. Contact-Geschwüre. Die Elasticität der bis auf 1 mg Capacität verminderten Blase geht verloren; es besteht vermehrte Harnfrequenz oder Incontinenz. Die Prognose dieses 2. Stadiums ist zweifelhaft; ein bestimmtes Mittel giebt es hier nicht. Blasenspülungen mit Milchsäure oder Höllenstein sind angänglich, aber unsicher. Bei ausgemachter Incrustation ist die Ausschabung indicirt und zwar beim Manne von einem der Sect. alta entsprechenden Schnitt, bei der Frau von der erweiterten Harnröhre aus.

Garceau (23) beschäftigt sich damit, ob die bei Frauen mit Geschlechtsleiden so häufige Blasenreizbarkeit durch den nach etwaigen Operationen erforderlichen Catheterismus hervorgerufen bezw. verschlimmert wird. Von 43 mit dem Catheter nach der Operation behandelten Frauen hatten 33 früher schon Blasenbeschwerden. Von den übrigen 10 Fällen mussten 4 mit dem Catheter behandelt werden, ohne dass Blasenreizung folgte. Von jenen 33 hatten 24 den Catheter nöthig, von diesen verloren 13 die Blasenreizbarkeit nach der Operation. G. schliesst hieraus, dass der Catheterismus bei richtiger Anwendung nicht Ursache von Blasenbeschwerden sein kann, und dass diejenigen Frauen, welche nach Operationen solche Beschwerden zeigen, dieselben schon vorher gehabt haben. Aus den therapeutischen Bemerkungen G.'s ist die Empfehlung der Anlegung einer Fistula vesico-vaginalis zu entnehmen. Diese Fistel soll nicht zu kurze Zeit offen gehalten werden.

Görl (24) berichtet über eine von ihm bei einer 29jähr. Frau ausgeführte endovesicale Blasengeschwulstoperation. Der Fall war aber bei Abschluss des Berichtes noch nicht abgelaufen. Nach einer Behandlungsdauer von 51 Tagen versuchte G. das Ausbrennen des Grundes der Neubildung, bis sich die Patientin durch eine Badecur erholt haben würde. Nähere Angaben über die feinere Structur der Geschwulst stehen übrigens aus.

Graf's (26) Fall von Urachus-Fistel betraf einen 20jähr. Mann, bei dem seit $1^1/_2$ Jahren Harn aus dem Nabel träufelte, und welcher mit gonorrhoischer Cystitis in die K. Universisäts-Klinik zu Berlin kam.

Aus der auf Druck sehr empfindlichen Nabelwand wurde eine Menge Eiter entleert. Vom Nabel aus war ein 2 Finger starker, bis zur Blase sich erstreckender Strang zu fühlen. Nach Besserung der Cystitis Operation der Fistel. Der Strang liess sich nach abwärts verfolgen und wurde freipräparirt. Dieses gelang seitlich leicht, schwer dagegen hinten, und erst nach Eröffnung des Bauchfells besser. Der Strang verbreiterte sich mehr und mehr; nach seiner Abtragung blieb eine $^1/_2$ cm grosse Oeffnung, die vernäht wurde. Hierauf Bauchfellnaht und Naht der Bauchdecken bis auf den unteren Wundwinkel, der tamponirt wurde. Heilung. Nachträglich ($^3/_4$ Jahre später) stiessen sich einige Suturen nach Bildung eines kleinen, schnell heilenden Abscesses ab.

Aus der Guyon'schen Klinik bringt Hallé (29) eine wichtige Arbeit über die Leucoplasien des Harnsystems und deren Beziehungen zum Cancroid. Ausgezeichnet ist diese wieder durch die sorgfältigen eigenen Untersuchungen auf Grund des reichen Materials genannter Klinik. Obgleich die Arbeit vielfach historisches und pathologisch-anatomisches Interesse vorwiegend beansprucht, müssen wir auf sie doch ihrer Bedeutung halber etwas mehr eingehen.

Unter Leucoplasie versteht man an der Schleimhaut des Harnsystems ebenso wie anderen Orts eine anomale Form der Epithel-Transformation, nämlich die in geschichtetes Pflaster-Epithel mit verhornten Lagen und Character der Epidermis. Im Ganzen konnte H. 13 derartige Vorkommnisse am Harnsystem constatiren: typisch ist die Verhornung für das Epithel der Harnröhrenstricturen, als Ausdruck einer Urethritis sclerosa totalis chronica, welche man zuweilen des eigenartigen Ausflusses wegen als Urethritis desquamativa beschreibt. Gerade Form und äusseres Auftreten der Verhornung wechseln, stets ist die unter den betreffenden Stellen liegende Schleimhaut chronisch entzündet, ebenso ist die Umgebung meist Sitz alter Entzündungen. Auffällig ist die häufige Complication mit Lithiasis, besonders secundärer Phosphatbildung. Eine Abhängigkeit dieser

von der Leucoplasie möchte H. nicht anerkennen; beide sind nebeneinander verlaufend, von gemeinsamer primärer Erkrankung bedingt. Schwieriger ist die Stellung der Tuberculose. Beide können coexistiren, aber diese Coexistenz von Leucoplasie und Tuberculose ist nicht immer zufällig. Letztere ist wohl eine secundäre, aber ebenso wie den Veränderungen der Leucoplasie haben auch dem Koch'schen Bacillus alle früheren Entzündungen den Boden geschaffen. Klinisch sind die Zeichen der Leucoplasie die der chronischen Entzündung; immerhin kann eine aufmerksame Beobachtung und wiederholte Untersuchung des Harnsediments zur Diagnose führen. Ernst ist die Diagnose bei Verbreitung der Erkrankung über einen grossen Theil des Harntractus; doch ist die Beschränkung auf Blase und Nierenbecken z. B. der Auslöffelung zugänglich und in der ersten Zeit ist die örtliche Behandlung, zu der H. mit Bryson Acid. salicyl. empfiehlt, von Nutzen.

Bezüglich des Cancroids, welches H. von der Epidermis oder von der dermo-papillären Mucosa mit Pflaster-Epithel ausgehend und epidermoide Kugeln bildend characterisirt, unterscheidet H. sein Vorkommen an den verschiedenen Abschnitten des Harnsystems. Für die Urethra folgt H. der Arbeit Wassermann's, von dessen 47 Fällen 20 das männliche Geschlecht, darunter 11 bei vorangehender Strictur, betreffen. Von Blasengeschwülsten giebt es eine Anzahl von gelappten Pflaster-Epitheliomen. Im Ganzen konnte H. nicht weniger als 12 Fälle (darunter allein aus der Guyon'schen Klinik 4) seit 1891 sammeln. Es sind das mit Ausnahme eines alles aufsitzende Bildungen, characterisirt durch tiefe Infiltration; die Ulceration ist erst secundär, in Folge der grossen Brüchigkeit des Gewebes, bedingt durch ein wenig vascularisirtes Gewebe. Meist ist es ein gewöhnliches Alveolarcancroid, doch kommen auch Varietäten vor. Man sieht immer ausserdem wesentliche neoplastische und entzündliche Veränderungen. Letztere sind die Regel. Die neoplastischen sind Fungositäten oder epidermoidale Veränderungen. Häufig ist die secundäre Erkrankung der Lymphdrüsen, die im Becken grosse gelappte Massen bilden. Im übrigen können diese Neubildungen klinisch wie anatomisch das gleiche Bild von histologisch verschiedenen Neoplasmen bieten.

Im Ureter und Nierenbecken kann sich H. nur auf fremde Beobachtungen beziehen. Zuweilen handelt es sich hier um sehr disseminirte Erkrankung.

Die letzten Schlussfolgerungen H.'s lauten dahin: 1. Dass chronische einfache oder calculöse Entzündung der Schleimhaut des Harntractus zu einer eigenartigen epithelialen Transformation führen kann. 2. In gewissen Fällen ist die Leucoplasie Ausgangspunkt des gelappten Pflasterepithelioms. 3. In beiden Arten kann man an jeder Stelle der Mucosa des Harntractus, welches auch ihr embryologischer Ursprung, Zellencharactere finden, die als specifisch für die ectodermischen Functionen betrachtet werden.

Högerstedt's (33) einen 33jährigen Mann betr. Fall zeichnet sich dadurch aus, dass wohl gewisse Zeichen einer Blasenverletzung, Entleerung von Blut, bezw. stark blutigem Urin bei starkem Harndrang, Schmerz unterhalb des Nabels und vom Mastdarm aus, Unfähigkeit spontaner Harnentleerung bestanden, aber zunächst keine Angabe über ein vorangegangenes Trauma. Erst nach 4tägigem Aufenthalt in der Anstalt erwähnte Pat., dass er 3 Tage vor seiner Aufnahme gefallen sei, ohne jedoch mit Bauch oder Hüfte aufzuschlagen. Man nahm Blutung aus einer Neubildung an, es stellte sich aber allgemeine Peritonitis ein, und Pat. starb unoperirt 2 Tage später. Die Section ergab hinten an der Blase, 5 mm jederseits von der Mittellinie, je einen den kleinen Finger durchlassenden Längsriss. Im kleinen Becken war $\frac{1}{2}$ l serös-eiterige urinöse Flüssigkeit, Peritonitis und Nephritis acuta. Es wird angenommen, dass die Ruptur anfangs unvollständig und durch peritoneale Adhäsionen geschlossen war. Durch die Ausdehnung und die mit dieser abwechselnde Contraction bei Ansammlung resp. Entleerung des Harns wurden die Risse complet, und die Verwachsungen der Blase gesprengt.

Holländer (34) theilt 2 Fälle von Blasenbruch mit, welche sich von den von Ref. u. A. veröffentlichten Fällen — vielleicht einzelne (drei) Ausnahmen von Israël, Berger und Gueulliot abgerechnet — dadurch unterscheiden, dass keine Lipocele bestand, vielmehr der Zipfel der Blase mit dem Bruchsack durch peritonitische Verwachsungen verlöthet war. In dem ersten Falle handelt es sich um Operation eines eingeklemmten rechtsseitigen Leistenbruches. Nach dem nichts Besonderes bietenden Eingriff (die Reposition des Darmes wird erwähnt, die Behandlung des Netzes aber nicht. Ref.), glatte Heilung. 6 Wochen später Wiederaufbrechen der Narben und Abstossung der zur Abschnürung der Bruchpforte gebrauchten Seidennähte. Ein Granulationskopf, der nicht secernirt, blieb bestehen, beim Uriniren Krampf in der Leiste. Eine Harnabsonderung fand auch weiterhin nicht statt; man gelangt durch einen längeren Gang in einen grossen Hohlraum mit der Sonde, die sich mit einem in die Blase geführten Metallcatheter begegnet. Offenbar war die Blase mit einem Zipfel beim Abbinden des Bruchsackes mitgefasst. Dass keine Harnsecretion stattfand, schreibt H. einem Ventilverschluss am Zipfelabgang zu. — Der 2. Fall betrifft einen Befund, gelegentlich der Entfernung eines rechtsseitigen Eierstock-Dermoids bei einer 40jährigen Frau, die gleichzeitig einen rechtsseitigen Schenkelbruch hatte. Ein mit der Rückseite am Bauchfell fixirter Zipfel der Blase fand sich bei der Laparotomie genau nach der inneren Bruchpforte zu orientirt, und konnte ein Catheter in ihn geführt werden. An einer Spitze eine hämorrhagische Pseudocyste. Heilung ohne Blasenverletzung.

Hollendall's (35) unter Madelung's Auspicien verfasste Dissertation enthält 38 operativ behandelte Fälle (unter diesen 18 geheilte und 20 nicht geheilte) intraperitonealer Blasenruptur.

Zu den Geheilten zählt eine noch nicht veröffentlichte Beobachtung der Strassburger Klinik. Der 48jährige Dachdecker verunglückte, indem im Ringkampf ein Acrobat sich mit aller Gewalt auf seinen Bauch setzte. Hierauf Shock; Pat. kann 18 Stunden lang keinen Harn lassen; dann Aufnahme in die Klinik 3 cm hohe Dämpfung von der Symphyse nach rechts; Untersuchung sehr schmerzhaft, Catheter entleert ca. 50 g blutigen Urins. Sect. suprapubica transversalis zeigt den prävesicalen Raum durch Blut und urinöse Flüssigkeit infiltrirt. Extraperitonealer Theil der Blase unverletzt; dagegen hinten am Scheitel 4 cm langer Querriss, sichtbar nach Eröffnung der Blase von vorn. Toilette der Bauchhöhle nach Erweiterung der Incision in der Linea alba nach oben. Hierauf Catgut-Naht des Risses in mehreren Etagen und Jodoform-Docht-Drainage der Rissstelle darüber. Peritoneal-Naht. Blasen-Drainage von vorn; glatter Verlauf.

Von den tödtlichen Fällen sind 2 abzurechnen, in denen der Tod in keiner Beziehung zur Behandlung stand, ebenso einer mit nicht bekannter Ursache des Todes. Es bleiben 17 tödtliche Fälle, davon auf Peritonitis 8 und zwar 7, in denen diese schon zur Zeit der Operation bestand. Shock war 6 mal Todesursache, 2 mal gleichzeitig mit Alcoholismus und ebenso oft mit Harn-Intoxication. Von den 17 Geheilten sind 14 innerhalb der ersten 48 Stunden operirt, 3 später; nur 6 mal wurde die Diagnose unter den 38 Fällen vor der Operation gestellt. Die Blasennaht kam 31 mal zur

Anwendung, dieselbe hielt nur in 3 Fällen nicht. Blasendrainage wurde 6 mal angewandt, sie ist zu wählen, wo die Naht contraindicirt ist.

Kolischer (39) beschreibt als Spätform der chronischen Tripperentzündung der Blase eine mit dem Endoscop sich als geschwürige infiltrirende Cystitis darstellende Erkrankung. Ihre Symptome sind häufiger Harndrang, permanente Empfindlichkeit in der Blasengegend bei verminderter Capacität der Blase. Der gleichmässig getrübte Urin zeigt ein aus Detritus bestehendes Sediment. Behandlung durch Curettement.

Krynsky (40) hat, um den Einwänden gegen die Mastdarm-Implantation der Ureteren in das Rectum bei Blasen-Ectopie zu entgehen, die Blasenschleimhaut sammt den Ureterenmündungen ovalär excidirt und mit dem Rectum vernäht. Der 23 jährige Patient blieb in der Zeit der Beobachtung (5 Monate) ohne Beschwerden.

Küster (41) hat einen grossen Fortschritt in der Blasenchirurgie eingeleitet, betreffend die Behandlung des bei Blasenresectionen mitgetroffenen Ureters. In zwei derartigen Fällen musste das vom Neoplasma mitergriffene vesicale Harnleiterende mitentfernt werden, und zwar das erste Mal, weil die rechtsseitige von dem himbeergrossen zottigen Tumor überdeckte Uretermündung nicht zu finden war, das zweite Mal weil der rechte Ureter mitten durch die Geschwulst zog, hier wurden 4 cm desselben fortgenommen. Beide Male wurde dann der mit dem Knopfmesser eingekerbte Stumpf und die Blasenwunde mit Catgut vernäht und diese mit nach innen geknoteten Catgutnähten geschlossen. Im ersten Falle wurde die Blasenwunde primär, die durch die Bauchdecken secundär mit Silberdraht genäht, ausserdem Verweilcatheter. Im zweiten Fall wurde die Blasenincision wie die der Weichtheile tamponirt. Soweit die Beobachtung bis zur Entlassung der beiden geheilten Pat. reicht, hatten sie durch die Harnleiterimplantation keinerlei Störung.

Maydl (46) hat seine Erfahrungen bezüglich der Implantation der Ureteren in die Flexura sigmoidea (s. Ber. pro 1894 Seite 518) um 3 weitere Fälle vermehrt, so dass er nunmehr über ein Material von 5 auf diese Weise behandelten Pat. mit Ectopie verfügt. Dieselben haben ihn von der Nichtigkeit der wegen der Folgen der Operation erhobenen Bedenken gegen die Operation überzeugt. Die Implantation der Blasenellipse aus der exstrophirten Blase muss nicht Infection der Nieren nach sich ziehen, ohne dass deren Möglichkeit zu bestreiten ist. Die Operation ist ferner ohne Gefahr für die excidirte Blasenellipse und die Ureteren ausführbar, und hindert die verschiedene Structur der Wandungen von Blase und Darm deren genaue Vereinigung nicht. Dagegen bestehen nicht selten Gegenanzeigen gegen die Implantation und zwar in Folge der eiterigen Infection von Blase und Niere.

Die 4 von Michels (47) aus dem German Hosp. in London mitgetheilten Fälle von Praevesical-Abscess sind erneuter Beweis für die Verschiedenartigkeit ihres Auftretens und die Schwierigkeit der Diagnose. Im ersten Fall stand der Abscess mit einer Caries des Schambeins in Verbindung, der Pat. musste mit einer Fistel entlassen werden. In dem 2. Fall zeigte erst die Obduction, dass der erst 35 jähr. Pat. als Ursache eines vor der Blase gelegenen Kothabscesses ein mit der Blasenspitze zusammenhängendes Carcinom des Dünndarmes bot, das gerade an der Umschlagsstelle der vorderen Bauchfellfalte perforirt hatte. Am einfachsten war Fall 3; der Abscess war von einem Haematom des Parametriums vielleicht nach einer früh abgebrochenen Tubar-Schwangerschaft abhängig. Fall 4 war ein Beckenabscess in Zusammenhang mit Caries.

An Vorstehendes schliessen sich zwei Fälle von Blasenwand-Abscess, welche Witte (77) in seiner unter den Auspicien von Grawitz verfassten Dissertation aus dem pathol.-anat. Institute zu Greifswald berichtet. In beiden war der Ausgangspunkt der Läsionen Prostata-Hypertrophie. Im ersten, einen 65 jähr. Pat. betreffenden Fall konnte die Diagnose schon bei Lebzeiten gestellt werden. Ausserdem bestanden die gewöhnlichen Folgezustände länger vorhandener Prostatata-Hypertrophie, speciell eine alte Cystitis. Diese hatte zu Cysto- und Nephrolithiasis geführt. Die Cystitis selbst hatte den Character der diphtheritisch-haemorrhagischen. Die Blasenwand war mit kleinen untereinander und mit dem Blaseninnern communicirenden Abscessen durchsetzt, am Scheitel ein Riss, der in eine Reihe dieser serösen Eiterhöhlen führte. Ausserdem alte peritonitische Verwachsungen. Bei dem zweiten 65 jähr. Pat. liess sich die Veränderung erst durch die Section feststellen, und zwar im Wesentlichen ein ungewöhnlich grosser Abscess in der oberen Blasenwand, der nach der Blase durch Schleim- und Muskelhaut, gegen den Bauchraum durch eine Serosa und Subserosa begrenzt war. Eine Perforation war noch nicht erfolgt.

Eine gewiss etwas längere Arbeit über Cystocele inguinalis bringt Monari (49) aus der chir. Klinik in Bologna.

An 41 Fälle, in denen nach Curtis die Blase unter 58 Beobachtungen von Cystocele verletzt worden ist, schliesst Monari 6 hierhergehörige Vorkommnisse an, welche er unter 223 Radicaloperationen von Brüchen gesehen. Von diesen 6 Operirten ist bei einer Cystocele die Folge von Verwachsungen nach einer früheren Herniotomie, in den anderen waren es Fettklumpen, welche sich durch Abtheilung der Masse in mehrere innig verbundene Lappen mittels starker Septa und festere Consistenz, sowie innige Verwachsung mit den Nachbartheilen, aber nicht dem subcutanen Fett, auszeichnen, und einen anderen Weg nach dem Abdomen nehmen, als der Sack der Hernia inguin. obl. ext. Von diesem waren sie in der Regel durch die Vasa epigastrica getrennt. Einmal kam es bei Ablösung dieses Fettes zu einem kleinen Blasenriss, der sofort mit Catgut geschlossen ward. Sollte ein ähnlicher Fall von Cystitis complicirt sein, so empfiehlt M. die Blasendrainage der Wunde, die Sonde à demeure unter allen Umständen verwerfend.

Newman's (54) einen 39 jähr. Mann betreffender Fall von einer wahrscheinlich auf den Urachus bezüglichen Cyste der Blase ist nicht nur seiner Seltenheit, sondern auch seines Augenfälligwerdens in einem relativ späten Alter halber hervorzuheben.

Der Kranke kam mit einer seit wenigen Tagen bestehenden Entzündung der Bauchdecken, vornehmlich der Blase entsprechend, in Behandlung. Der Leib war geschwollen, sehr gespannt, unterhalb des Nabels dumpfen Percussionston bietend. Der Catheter entleerte 20 Unz. stark blutigen Harns. Trotz Entleerung der Blase bestand der dumpfe Percussionston weiter. Nach 8 Tagen urinirte Pat. spontan, trotzdem blieb

eine der ausgedehnten Blase entsprechende, empfindliche Anschwellung, welche in der Mittellinie incidirt eine grosse Menge gallertiger ammoniacalischer Flüssigkeit ablaufen liess. Es handelte sich um eine vom Bauchfell nicht bedeckte Cyste mit dünner, glatter Wandung, welche bis zum Nabel reichte und nach Desinfection drainirt wurde. Es entleerte sich durch die Wunde ammoniacalischer Harn, und dieses geschah noch, als einige Tage später ein Verweilcatheter in die Urethra eingelegt wurde. Immerhin kam es schliesslich nach ca. 5—6 Wochen zur Heilung. Eine nachträgliche genaue Anamnese ergab, dass Pat., soweit er zurückdenken konnte, eine Anschwellung der Unterbauchgegend gehabt, durch diese aber bis kurz vor der Aufnahme in die Anstalt nicht gestört war.

In diesem Jahre liegt eine eingehende Mittheilung von Nitze (56) über eine intravesicale Operation der Blasengeschwülste vor. Wir werden uns gern bemühen, der wichtigen Arbeit möglichst gerecht zu werden.

Der Ausgangspunkt des Ganzen ist die immer noch nicht gewürdigte Häufigkeit der Blasengeschwülste. Fenwick konnte 1888 bereits 634 Fälle zusammenstellen; N. hat 130 beobachtet; darunter 122, in denen die Diagnose mit dem Cystoscop gestellt und 77, in denen die Operation gemacht wurde. 73 gutartigen Geschwülsten stehen 46 bösartige gegenüber. Die Diagnose ist häufig schon durch das Cystoscop zu stellen, andere Male lediglich mit dem Microscop. Von 75 Fällen hat N. anatomisch bei 55 die Gutartigkeit erweisen können. Von 73 in Betracht kommenden gutartigen Geschwülsten waren 47 gestielt, 24 mehr breit aufsitzend; 62 mal war die Geschwulst einfach, 3 mal fanden sich je 2, 6 mal noch mehr Geschwülste; 1 mal waren grössere Gebiete zottig verändert. 55 mal sass die Geschwulst am Blasenboden, 2 mal an der vorderen, 10 mal an einer seitlichen Wand, 1 mal am Scheitel. — Den hohen Schnitt hat N. 52 mal gemacht, mit † 7; von 21 Anwendungen der Naht war diese 16 mal vollständig haltend.

Die jetzigen Instrumente N.'s verwenden entweder eine Drahtschlinge oder einen galvanischen Brenner, mit welchem man die Basis vernichten muss. Man kann mit ihm in der mit Wasser erfüllten Blase ebenso brennen, wie in der Luft. Die grosse Schwierigkeit, von N. durch jahrelange Arbeit überwunden, bestand darin, den Schlingenträger, bezw. den Brenner, so vom Cystoscop zu sondern, dass sie an frei auf letzterem verschiebbaren Röhren angebracht sind. Die Röhren tragen am Blasenende die Schlinge oder den Brenner, aussen Vorrichtungen, mit denen letztere in Thätigkeit gesetzt werden. Beim Einführen liegen Schlingenträger und Brenner dem Schnabel so an, dass sie mit ihm ein Ganzes bilden. Um in der Blase eine Schlinge zu bilden, wird das eine Schlingenende vorgeschoben, während das andere zurückgezogen bleibt. Durch einen höchst sinnreichen Schlittenmechanismus kann das eine äussere Drahtende nach Belieben fixirt werden, während das andere vorher zurückgeschoben werden kann. Bei Einführung des Instrumentes ist der Schlittenmechanismus in dieser Weise angebracht; Cystoscop und Schnabel des Schlingenträgers bilden ein Ganzes. Die Schlinge besteht aus Platin-Iridiumdraht. Von den Schlingenträgern, wie von den Brennern müssen mehrere Exemplare vorräthig sein mit verschieden langem Schnabel. Zum Instrument gehören noch verschiedene Nebenvorrichtungen u. a. solche zur Kühlung der Blase. Aus den sehr genauen Angaben N.'s über die Ausführung der Operation ist herauszuheben, dass alles auf den Fall ankommt, je kleiner die Geschwulst, desto günstiger ist er. Alles kommt hier nämlich auf die Schlingenbildung an, die Anfänger erst ausserhalb der Blase ordentlich üben müssen. Eine Ausdehnung der Blase auf 150 ccm genügt, vorher ist die Urethra mit 50 ccm einer Cocainlösung von 4 pCt. zu bespülen. Bei grösseren Geschwülsten muss man sich begnügen, immer nur ein Stück abzuschneiden und sie in mehreren Sitzungen zu entfernen: die einzelne Sitzung dauert 4—5 Minuten, der Schmerz ist dabei meist unbedeutend. Das Brennen mit dem galvanischen Brenner ist einfach und präcise möglich, aber die Wirkung ist durchaus nicht nur oberflächlich, namentlich am Scheitel, an der seitlichen und hinteren Wand ist Vorsicht nöthig, jedenfalls ist der Brenner vor dem Einführen zu prüfen. Die gebrannte Stelle verändert sich ganz allmälig, in der Umgebung ist die Stelle mattroth, erst in 3—5 Wochen stösst sich der Schorf ab, die diesem entsprechende Stelle passt aufs genauste auf das Bild der entfernten Neubildung.

Der zweite Theil der N.'schen Arbeit bringt die kurze Wiedergabe von 31 Operations-Geschichten. Abgesehen von dem ersten noch mit unvollständigem Instrumentarium operirten Falle und einem Carcinom, das nicht völlig ausgerottet wurde, sind alle Operirten geheilt, und soweit dieses definitiv ist, mit klarem Urin entlassen. Zwei Patienten mussten ausserdem unoperirt bleiben. Ungefährlich erachtet N. aber sein Verfahren nicht. Von Zwischenfällen kommen vornehmlich Blutung, Catarrh und Fieber in Betracht. Die Blutung, in der Regel geringer als die spontane Hämaturie bei Blasentumoren, führt doch zuweilen zu der Anfüllung der Blase mit Gerinseln. Hier soll man nicht Ausspülungen oder Aussaugungen anwenden. N. gebraucht ein Verfahren, das im Principe an die von den angloindischen Aerzten geübte Blutstillung nach der Litholapaxie erinnert; wenn man nämlich nicht den Aspirator oder die Ausspülungen gebrauchen darf, so wird ein starker Evacuationscatheter mit hohlem Mandrin eingeführt, durch dessen Verschieben die Gerinnsel gelockert werden. In extremen Fällen ist die Sect. alta mit Blasentamponade sichere Hilfe. Blasencatarrh ist meist nicht nennenswerth; Hauptmittel ist Ol. Santal. ostind. täglich 6 Kapseln à 0,5 g. Bei Neigung zu Frösten und Fieber ist 1 g Chinin vor jeder Sitzung ein fast sicheres Mittel. — Beim Vergleich mit der Sect. alta glaubt Verf., dass die grössere Gründlichkeit dieser vor dem endovesicalen Verfahren noch nicht völlig feststeht. Vorzug des letzteren ist die Möglichkeit, dasselbe ambulant zu verwenden, und zwar zu einer Zeit, in der die Patienten den Eingriff der Sect. alta von sich gewiesen hatten. Inzwischen ist die endovesicale Operation nur bei gutartigen Tumoren zu verwenden, alle infiltrirten, bezw. bösartigen Neoplasmen kommen der Sect. alta zu.

Erst die neueren Verfahren von Passavant und Trendelenburg haben bei Epispadie und Ectopia vesicae normalen Blasenverschluss und Blasenentleerung erstrebt. Trendelenburg hat solche unter 5 Operationen bei 2 nachträglich erreicht.

Poppert (58) hat den Verschluss der Blase bei einem 15j. Knaben von vornherein in einem Verfahren von 3 Acten gemacht, doch dürfte in Zukunft der zweite Act der erste sein, und einer in Folge Aufgehens der Nähte fortfallen.

Das Wesentlichste des P.'schen Verfahrens ist, dass der hintere, den Sphincter erhaltende Theil der neuen Urethra eine kurze Strecke weit in der Blasenwand verläuft. Bei Trendelenburg erfolgt Dehnung der Blasennaht und des Sphincters durch intravesicale Drucksteigerung, bei P. keine Dehnung des Sphincter, sondern nur der Blasennaht. Die Zerlegung in 3 Zeiten hält P. für wesentlich zum Gelingen. Der I. Act, Bildung der Harnröhre sammt Sphincter, besteht in directer Vereinigung, nur im Bereich der Glans erfolgt streckenförmige Aufrischung, sonst wird genügend Wundflächen durch Vertiefung

der Einschnitte und Ablösung der seitlichen Wundränder geschaffen. Zur Naht dient feinster Draht, mit doppelten Seidenschlingen durchgeführt. Der II. Act ist der Verschluss der obersten 2 Drittel des vorderen Bauchspaltes; der III., der Verschluss der Lücke im unteren Theil dieses Spaltes, erfordert Vorsicht, um beim Anfrischen der neuen Urethra am Uebergang der Nahtlinie der vorderen Beckenwand eine Eröffnung des Harncanals zu vermeiden. Gegen zu starkes Pressen in den ersten Tagen Nachbehandlung durch Verweilcatheter und Heber.

Aus der dem Vortrag von Poppert folgenden Debatte in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie erhellt, dass eine allgemein angenommene Operationsmethode bei Epispadie und Blasenectopie nicht besteht. König hat sich eines modificirten Czerny'schen Verfahrens bedient, und haben die beiden von ihm Operirten dann während der Zeit des Ueberlebens nach der Operation normal Urin gelassen. Doch starben sie schon nach wenigen Tagen, so dass ein endgiltiges Urtheil nicht zu fällen ist. Küster hält die Operation von König für schwer, mit der von Trendelenburg hat er schlechte Resultate gehabt. Bei der Epispadie spaltet er den Boden der Penisrinne und den Penis bis auf die hintere Seite und schlägt dann nach Anfrischung der Haut bis an die Harnröhre, die beiden Hälften des Penis nach oben. Der unten verbliebene klaffende Spalt wird durch Verschiebung der Penishaut geschlossen. Hierdurch wird die Sphincterengegend so entlastet, dass ihrer Zusammenfügung kein Widerstand mehr entgegensteht. Die Blase wird schliesslich etwas losgelöst und vereinigt. Operationsdauer $^{3}/_{4}$ Stunden. In einem Falle war die Continenz vollkommen, im zweiten minder vollkommen. Leider entzogen sich die Operirten weiterer Beobachtung.

Pousson (59) hat seine Untersuchungen über die Ergebnisse der Behandlung der Blasenectopie (s. früheren Bericht) fortgesetzt. Nachdem er darauf hingewiesen, welche Wendung die Ansichten über die beste Form der Operation in den letzten 6 Jahren erfahren — die Sterblichkeit der Ableitung des Harns in das Rectum ist von 30 auf 0 pCt. gesunken — berichtet er über die 52 Operationsfälle, um die er seine 95 Nummern zählende Casuistik von 1889 vermehren kann. Von diesen 52 waren 17 Autoplastiken, 19 directe Vereinigungen, darunter 10 mit Annäherung der Schambeine, 10 Segond'sche Operationen und 6 Ableitungen des Harns in dos Rectum. Die Sterblichkeit dieser 52 Operationen ist = 4, welche alle auf Rechnung der Trendelenburg'schen Operation kommen. Von den 17 Autoplastiken missglückte eine durch Gangrän des Lappens. Die directe Vereinigung der ectopischen Blasenränder hat abgesehen von ihrer Gefahr bei Verschiebung der Symphyse nicht die gehegten Erwartungen erfüllt. Von den drei ohne diese Verschiebung gemachten Operationen hatten 2 eine befriedigende Blasenfunction. Von den Segond'schen Operationen hatten die 4 ersten guten Erfolg, in 3 wurde der Lappen gangränös, in einem die Heilung verzögert, und 1 Pat. starb nach 3 Monaten an Pyelonephritis, unabhängig von der Operation. Für die Ableitung des Harns in das Rectum ist des letzteren Toleranz erwiesen.

Rochet und Durand (65) haben, nach dem von J. Levin befolgten Princip, sich die Blase durch Ablösung vom Rectum zugänglich zu machen gesucht. Offenbar sind ihnen die Arbeiten von Dittel u. A. über Ablösung der Harnröhre und Blase völlig unbekannt geblieben. Der Hauptunterschied in technischer Beziehung ist, dass die beiden Verfasser sich eines Kreuzschnittes bedienten. Wesentlicher dürfte aber sein, dass während Dittel die Hauptanzeigen des Eingriffes in gewissen Stricturfällen, besonders aber bei weitgediehenen Erkrankungen des Dammes und der Prostata, namentlich in Abscedirungen und Fistelbildungen sieht, und es sich höchstens um eine temporäre Eröffnung der tiefen Harnröhre bezw. des Blasenhalses handelt, die Verff. die Operation zur Anlegung einer Blasendrainage (welche nicht nur wie die Blasenbauchmündung der Blase den Harnabfluss, sondern auch den des sich im Bas-fonds der Blase ansammelnden Eiters ermöglicht) benutzen. Die Ablösung muss daher weitergehen als die Dittel'sche, einerseits so, dass die Geschlechtsorgane nicht in Gefahr kommen, andererseits nicht so weit nach oben, dass man später die Ränder des ca. 1 cm langen longitudinalen Blasenschnittes mit der äusseren Wunde vereinigen und diese dann verkleinern kann. Bei den bisher nur am Cadaver gemachten Operationen legten Verff. den Blasenschnitt 3 cm oberhalb der Prostata.

Die von Rotgans (67) bei einem 40jährigen, bis dahin gesunden Manne constatirte Echinococcus-Geschwulst zwischen Blase und Rectum machte sich, wie bei einigen anderen Fällen, zuerst durch Störungen der Harnentleerung geltend. Bei der Aufnahme des Patienten in das Hospital bestand indessen hinter den ödematösen, aber verfärbten Bauchdecken eine feste, wenig bewegliche Cyste, den Eindruck einer überfüllten Blase bietend. Vom Mastdarm aus war die Anschwellung als eine das Becken ausfüllende Geschwulst bei bimanueller Untersuchung palpabel. Kein Hydatidenschwirren. Prostata gesund. Keine Strictur. Ein metallener, kurz gekrümmter Catheter musste aber wie bei Prostata-Hypertrophie eingeführt werden und nach Ablauf des Harnes war es sicher, dass der Tumor, theils in der Blase gelegen, nach vorn bis zur Bauchwand reicht. Per exclusionem war Echinococcus angenommen. Die Blase, durch Trocart entleert, wird in der Mitte 3 cm weit incidirt. Die Hinterwand der Blase wird nach vorn gezogen. Punction stellte die Diagnose ganz sicher, worauf die Entleerung durch Incision der hinteren Blasenwand erfolgt, und zur Drainage eine Gegenöffnung dicht hinter dem M. bulbocavernosus gemacht wird. Catgutnaht der hinteren und vorderen Blasenincision. Tamponade der Bauchdeckenwunde; Heilung.

Scalistchew (69) hat die Statistik von Aue über 26 von 1520—1868 gesammelte Beobachtungen von Blasenbrüchen inclusive 3 eigener Fälle um 45 weitere Vorkommnisse aus den letzten 26 Jahren, bezw. um 43 aus den letzten 15 Jahren vermehrt. Zuweilen gestatten die Eigenschaften der von der Blase gebildeten äusserlichen Geschwulst eine Diagnose, häufiger lassen sie im Stich, besonders, wenn die Vergrösserung der Anschwellung durch Injectionen in die Harnröhre und ihre Beweglichkeit fehlen. Auch bei Freilegung der Blase beim Bruchschnitt mangelt oft die sonst characteristische „Lipocele". Am characteristischsten für die freigelegte Blase ist die eigenartige Anordnung der Musculatur; aber dann muss ein ausgiebiger Schnitt dieselbe freilegen, durch den man überhaupt die Provenienz des bis dahin räthselhaften Or-

gans erkennen soll. Von Wichtigkeit ist die Lage der endoherniären Blase zum Bruchsack, und S. meint (gegen Ref.), dass unter Beachtung dieser Merkmale die Diagnose der Blasenhernie kein Spiel des Zufalls ist, zumal da keineswegs der intraherniäre Theil der Blase so vermindert ist, dass er der Aufmerksamkeit entgehen muss. Immerhin wurde in den letzten 15 Jahren die Blase beim Bruchschnitt mit verletzt, und zwar mit † 8, darunter die eigentlich geheilten Pat. vom Ref. mitgezählt; 3 mal waren übrigens ältere Störungen der Harnwege Todesursache. Die Schlusssätze von S. sind: Nachdem er unter 50 radicalen Operationen von Brüchen 3 mal Blasenbruch getroffen, und aus letzter Zeit relativ viel Fälle gesammelt, möchte er diese Brüche überhaupt nicht für selten halten. Blasenbrüche während der Operation zu diagnosticiren, ist bei genügender Aufmerksamkeit nicht schwer. Vorher ist die Diagnose nur in seltenen Fällen mit besonders deutlichen Zeichen zu stellen. Uebrigens bedürfen Entstehung und Verlauf der Erkrankuug noch weiterer Beobachtungen. — Von den 5 Fällen von S. wurde bei dem ersten, Herniotomia inguinalis, bei einem 67jährigen Pat. die Blase angeschnitten: † nach ca. 4 Tagen an Peritonitis hämorrhagica. In den beiden anderen Fällen, Leistenbruchoperationen bei einem 32jährigen resp. 35jährigen Pat., wurde die Blasenhernie durch die Lipocele, die Lage und den Catheterismus entdeckt und nichts verletzt.

Schuchardt (71) hält Uebergang von gutartigen Blasengeschwülsten in bösartige für sehr selten und neigt der Meinung von Lubarsch zu, dass es sich um das erste, aber sehr prolongirte adenomatöse oder papillomatöse Durchgangsstadium eines Krebses gehandelt hat. Von seinen eigenen drei Beobachtungen betraf die erste eine einfache Zottengeschwulst bei einem 45jährigen Mann, die durch Volkmann mittels Boutonnière theilweise entfernt worden war; † 15 Jahre nach Beginn des Leidens. Im 2. Fall handelte es sich um eine grosse, bereits in den paravesicalen Raum gewucherte Neubildung mit einfachen feinen Zellen an der Innenfläche und deutlich krebsigem Character in der Tiefe. Die 55jährige Frau wurde durch Bauchschnitt ohne Recidiv geheilt, starb aber nach $^3/_4$ Jahren an krebsiger Entartung gleichzeitig bestehender Harnröhrenpapillome. In dem 3. Fall hatte die sehr umfangreiche Neubildung noch den grob papillomatösen Character, zum Theil aber schon den des ausgemachten Krebses. Der grösste Theil der Blase musste entfernt und der eine Harnleiter in deren Rest eingenäht werden. Der 32jährige Pat. starb unter Verminderung der Harnsecretion nach 10 Tagen, ohne dass die Obduction vorgeschrittene Nierenerkrankung oder Metastasen bot. In den beiden letzten Fällen wie noch in einem dritten hat S. erfolgreich das Bauchfell aus dem Operationsterrain dadurch ausgeschaltet, dass er das Peritoneum der vorderen Bauchwand an das der hinteren Blasenwand genäht. Thatsächlich fand sich im letzten der beiden in extenso mitgetheilten Fälle keine Spur von Peritonititis. Die sonstigen Bemerkungen von S. über die Technik bei Exstirpation grosser Blasentumoren beziehen sich lediglich auf Erfahrungen deutscher Chirurgen.

Den seltenen Fall von „spontaner“, d. h. nichtoperativer Heilung einer inoperablen Blasengeschwulst sah Schuchardt (72) bei einem 57jähr. Patienten.

Derselbe litt seit 4 Jahren an Harnbeschwerden und kam in sehr elendem Zustand mit fühl- und sichtbarem Tumor von Straussenei grösse oberhalb der Schamfuge zur Aufnahme. Von der Prostata liess sich die die Blasenlichtung sehr verkleinernde Geschwulst abgrenzen. Bei der Laparotomie durch bogenförmigen Schnitt oberhalb der Symphyse fand sich der gerade Bauchmuskel von Geschwulstknoten durchsetzt, die Blase als ein zweimannsfaustgrosser, nur an der hinteren Fläche umgreifbarer Tumor, der allenthalben, u. A. auch mit einer Dünndarmschlinge fest verwachsen war. Hier war das Bauchfell bereits von der Neubildung infiltrirt, dann auch das Beckenbindegewebe und die Umgebung der A. iliac. Die Operation wurde abgebrochen, eine 12 cm lange Stelle in der Mitte der Incision blieb offen. Etwa nach 1 Woche stellte sich eine profuse fötide Wundeiterung ein, während gleichzeitig unter Nachlass der Urinbeschwerden der Urin selbst ebenfalls eiterig wurde. Diese Eiterung hörte nach sechs Wochen plötzlich auf, ohne eine Abstossung von Gewebsfetzen. In der Folge wurde der Harn klar. Es bleibt nur noch eine kleine Ulceration über der Symphyse; man gelangt nach deren Ausschabung (es handelte sich um gefässreiches Granulationsgewebe) in eine Fistel zu einer Verhärtung in der Unterbauchgegend. Bei Spaltung der Fistel fand man zurückgebliebene Seidenligaturen, wie dies an einer zweiten ähnlichen Stelle der Fall war. Hierauf völlige Heilung, die durch ärztlichen Bericht 4 Monate später bestätigt wird.

In kurzer Epicrise vergleicht S. die vorstehende Heilung einer anscheinend sarcomatösen Geschwulst durch Eiterung mit der durch erysipelatöse Infection, ohne dass man sich über die Rolle der Streptococcen auch nur Vermuthungen machen kann. Das gute Aussehen und die Gewichtszunahme von Pat. vergleicht S. mit den analogen Beobachtungen Volkmann's bei septischer Infection.

M. v. Zeissl (79) hat zur Prüfung der Angaben, ob etwas von Harnröhreneinspritzungen oder von Harnröhreninhalt ohne Weiteres in die Blase regurgitiren könnte, die Blase in verschiedenen Füllungsgraden an Leichen endoscopisch untersucht. In Bestätigung älterer Angaben Hyrtl's fand er, dass dem Blasenhalse eine trichterförmige Gestalt nicht zuzuschreiben ist, und selbst bei starker Blasenfüllung der prostatische Theil der Harnröhre nicht in die Blase einbezogen wird. Ein etwaige Verkürzung kann man, wie Verf., Dreyssel und Jadassohn gegen Posner und Andere beipflichtet, nur für eine geringe erachten; sie bezieht sich aber nicht auf die Hinüberziehung der hinteren Harnröhrenwand in die Blase, sondern auf den jeweiligen Stand des Orif. int. urethrae. Practisch bedeuten diese Erwägungen, dass wenn die zweite Portion des Harns bei bestehender Gonorrhoe getrübt erscheint, wir nach wie vor die Diagnose auf Cystitis acuta zu stellen haben.

[1) Misiewicz, M., Ueber Diagnose und Therapie der Cystitis. Nowiny lekarskie. No. 4—5. (Lehrbuchartig verfasster Artikel über das genannte Thema.) — 2) Derselbe, Ein Beitrag zur Anatomie der perivesicalen Entzündungen. Przeglad lekarski. No. 44—45. (Ein fleissiger Artikel über die verschiedenen Formen der perivesicalen entzündlichen Processe, welcher jedoch blos allgemein Bekanntes bringt.)

Trzebicky (Krakau).

Zachrisson, Friedrich, Ein Fall von Harnblasendivertikel (doppelter Blase?) als Complication einer Phimosis. Operation. Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik zu Upsala. No. 34. (Upsala Läkareförenings Förhandlingar. Neue Reihe. I. Heft 3 u. 4. p. 199—213.

21 Monate alt. Litt an Dysuria et Retentio urin. Die Oeffnung im Präputium war äusserst fein. Bei den Anstrengungen, den Harn zu lassen, erhob sich eine steinharte „Geschwulst", gleich oberhalb der rechten Leistenbeuge, ungefähr in der Mitte über dem Ligam. Poupartii. Je längere Zeit zwischen jedem Harnlassen verstrich, um so grösser schien die Geschwulst zu werden. Nach dem Urinlassen konnte die Geschwulst nicht beobachtet werden. Aethernarcose. Lennander erweiterte das Präputium mittels eines Trachealdilatators. Nur am folgenden Tage konnte Pat. den Harn lassen; sodann Retentio urin. Catheterisirung in der Narcose. T. 39,4 C. P. 150. Albuminurie. Cystitis acuta. Wegen Verschlechterung dieser machte L. Sectio alta. Die Harnblase war durch ein Muskelfasern enthaltendes, sagittal gestelltes Septum in zwei Abtheilungen getheilt, eine grössere rechte und eine kleinere linke. Die Urethra mündete in die rechte Abtheilung ein. Im Septum fand sich eine von einem Sphincter umgebene Oeffnung, welche einen Finger durchliess. Von der linken Abtheilung, deren Grenzen vom Zeigefinger nicht vollständig eruirt werden konnten, konnte Verf. die linke Fossa iliaca palpiren. An demselben Abend Pneumonia acuta. Sechszehn Tage später wurde eine starke seidene Ligatur durch den oberen Theil des Septum und sodann durch die früher beschriebene Oeffnung ebendaselbst gezogen und unter so kräftiger Zuschnürung wie nur möglich zugeknüpft (Deschamps'sche Nadel). Nachher stieg die Temp. nur zweimal über 39° C. Da nach 20 Tagen die durch das Septum gelegte Ligatur noch nicht vollständig durchschnitten war, applicirte L. eine etwas gekrümmte, kräftige Zange durch das Septum. 4—5 cm vom Septum wurden mittels dieser Zange, welche zurückgezogen wurde, gefasst. Ungefähr 200 ccm Residualurin. Dysurie. 0,5 pCt. Alb. Harnsediment sparsam mit Eiterzellen sowie Detritusmasse durchsetzt, oft in cylinderähnlichen Bildungen.

Seine Ansicht über diesen Fall fasst Z. in folgende Worte zusammen: Möglichkeit, dass ein Fall von gespaltener Blase vorliegt, findet sich immer vor, aber so lange es noch nicht dargelegt worden ist, dass die Ureteren je seitwärts vom Septum einmünden, kann nichts mit Gewissheit darüber entschieden werden. Der Fall kann auch mit grösserer Wahrscheinlichkeit erläutert werden durch die Annahme, dass der vermehrte innere Druck entweder ein zuvor bestehendes inneres Divertikel vergrössert oder eine hernienartige Ausstülpung der Mucosa zwischen den Muskelbündelchen — welches von beiden kann nicht während des Lebens entschieden werden — verursacht hat.

A. Fr. Eklund (Stockholm).]

4. Steine und Fremdkörper in den unteren Harnwegen (Lithotomie-Lithotripsie).

1) Aicvoli, Eriberto, Appunti su di una cistotomia alta in un bambino. Gaz. degli hospit. 1895. No. 88. (7jähriger Knabe, Asymmetrie der Blase, so dass die linke Seite nach vorne gezogen werden musste mittels einer Ansa. Stein wie eine grosse Mandel, hart, $3^1/_2$: 2 cm und 7,5 g schwer. Lembert'sche Naht und Blasendrainage; Heilung.) — 2) Audry, De la taille sus-pubienne médio-latérale et médio-bilatérale. Arch. provinc. de Chir. p. 35. — 3) Baker, Richard, Two hundred consecutive cases of litholapaxy: with remarks. Lancet. Oct. 19. — 4) Barys, L. Boulton, Multiple calculi of the prostate. Amer. med. News. June 13. (65jähriger Pat., der vor 5 Jahren anscheinend von der Niere stammende Steine entleert; mit Strictur der Pars bulbo-membran.-urethr. und einem in die Harnröhre aus einer beide Lappen einnehmenden, mit 29 kleineren Steinen gefüllten Tasche hineinreichenden Stein, durch Sect. perinealis entfernt. Die Steine bestanden aus Kalkphosphat; nähere Angaben über Maass und Gewicht der Steine fehlen. Die Beschwerden des Pat. waren — von den letzten Zeiten abgesehen — nur gering gewesen.) — 5) Barette, Trois observations de calculs vesicaux traités par la taille hypogastrique. Bull. et Mém. de la soc. de chir. p. 65. (Rapporteur: Paul Segond. Die erste, einen 4jähr. Knaben betreffend, bietet nichts Besonderes. In den beiden anderen, einen 42jährigen, resp. 44jährigen Pat. betreffend, waren schon fruchtlose Zertrümmerungsversuche gemacht. In dem ersten dieser beiden Fälle handelte es sich um ein hartes, nierenförmiges Oxalat, $3^1/_2 : 2^1/_2$ cm messend und 2,5 g schwer. In dem anderen Fall wurde aus dem prostatischen Cul-de-sac ein 5 : 4 cm messendes, aber nur 2,5 g schweres Phosphat entfernt.) — 6) Bojope, Corps étranger dans la vessie, taille hypogastrique; adhérences du péritoine aux parois vésicales. Ibidem. p. 449. (Der Pat. hatte die Adhäsionen der Gewohnheit zu verdanken, sich einen Holzfederhalter in die Blase zu führen. Als dieser stecken blieb, kam es zur Sect. alta, bei der sich Verwachsungen des Bauchfells mit der verdickten Blase zeigten. Die Verletzung des ersteren wurde genäht, die Incision der Blase aber offen gelassen. Dreitägige Application des Périer'schen Doppel-Drains; völlige Heilung in 19 Tagen.) — 7) Court, Arthur, Impacted urethral calculi. Lancet. June 6. (Zwei Fälle betrafen Kinder, bei denen der Stein im Orif. ext. urethr. eingeklemmt und leicht zu entfernen war. Der dritte, 47jähriger Patient, hatte eine alte, seit 19 Jahren bestehende Strictur, nach deren genügender Erweiterung 24, zusammen 26 g wiegende Steine spontan entleert wurden. Die Steine waren aus einer Mischung von Phosphaten und Kalkcarbonat zusammengesetzt.) — 8) Dandolo, A., Das beste Verfahren, bei Cystotomia suprapubica die Blase zu öffnen. Cbl. f. Chir. No. 33. (Nach Freilegung der Blase durch Querschnitt wird in der Länge die Muscularis allein durchtrennt, durch die Muskelränder werden Seidenfäden gelegt und dann zwischen ihnen die Mucosa durchschnitten. Keine Blutung.) — 9) Debout d'Estrées (Contrexéville), On the various explanations of spontaneous fracture of stones in the bladder. Brit. med. Journ. May 9. (In Verbindung mit einem Fall von spontaner Entleerung grösserer Fragmente eines frisch spontan zerklüfteten Steins, in welchem Anfälle von Schmerz und Urethralfieber vorangingen, glaubt Verf., dass für die alte Theorie von Civiale die starke Zusammenziehung der Blase als Ursache der Zerklüftung maassgebend war. Im Uebrigen sind nicht alle Fälle von spontaner Steinzerklüftung in gleicher Weise zu beurtheilen.) — 10) Freyer, P. J., An address on the best methods of removing large calculi from the bladder. Brit. med. Journ. Nov. 7. p. 1370. — 11) Gibert, Un cas singulier de corps étranger de l'urèthra. Nouv. Montpellier méd. No. 14. (28jähr. Pat., durch Urethrot. ext. wird ein 6 cm langes und 12 mm im Durchmesser zeigendes Stück Wachsbougie entfernt.) — 12) Grünfeld, Jos., Beiträge zur Casuistik der Fremdkörper in der Blase. Wien. med. Bl. No. 48. (1. 70jähr. Pat., seit 2 Jahren Harnleiden und Entwickelung einer Darmfistel. In der Blase ein rauher Fremdkörper. Sect. lateralis; ein überhaselnussgrosses und ein bohnenförmiges incrustirtes Knochenstück entfernt. — 2. Kirschkern durch Einschnitt der vorderen Harnröhre entfernt; wahrscheinlich vom Durchbruch eines Dickdarmkrebses herrührend. 80jähriger Pat., nicht abgelaufener Fall. — 3. Sect. perin., 8 cm langes Catheterstück entfernt. — 4. 42jähriger Pat., Extraction per vias natur. eines Nélaton in 4 Stücken.) — 13) Hand-

ley, Harold, Stone in the bladder: lithotomy followed by litholapaxy. Brit. med. Journ. Dec. 19. p. 1771. (Zwischen dem Steinschnitt und der späteren Litholapaxie bei dem 46jährigen Hindu lagen fast $6^1/_2$ Jahre. Die beiden durch letztere entfernten Phosphate wogen zusammen $1^3/_4$ Unzen, der eine lag in einer etwa $^2/_3$ des Lieutaud'schen Dreiecks einnehmenden Absackung und musste in situ zertrümmert werden. Bei der früheren Operation war anscheinend dieses übersehen und für die hypertrophische Prostata gehalten worden. Eine noch vor dieser Operation bestehende Darmfistel erlaubte freien Harnabfluss, und Pat. war bei Abschluss des Berichtes auch von der complicirenden Cystitis geheilt.) — 14) Hanc, Alfons, Zur Casuistik der Litholapaxien. Wien. med. Pr. No. 7. (Kurze Mittheilunge von 11 Fällen — No. 9—19.) — 15) Hays, Harry C., Foreign bodies in the male urethra. New York med. Record. Oct. 10. (Betrifft einen 65jähr. Geisteskranken, welcher an Harnbeschwerden angeblich in Folge von Prostata-Hypertrophie leidend, von einem Stück Gummirohr, 1 Zoll lang, das hinter dem Orif. ext. sass, durch Extraction mittelst Pincette, und einer Haarnadel in der Regio peno-scrotalis mittelst Urethrotom. ext. in der gleichen Sitzung befreit wurde; in einer zweiten Sitzung wurden durch Sect. mediana 409 g Phosphatmassen mit einem zusammengerollten Eisendraht von $5^1/_2$ Zoll Länge als Kern entfernt. Genesung bis auf etwas Blasenschwäche, die gelegentlich den Catheter erforderte.) — 16) Harrison, Reginald, Observations on vesical stone and prostatic disorders, being the Bradshaw lecture delivered before the royal College of surgeons of England on Dec. 9. 1896. Ibidem. Dec. 19. (Brit. med. Journ. Dec. 12.) — 17) Humphry, George Murray, Urinary calculi, their formation and structure. Journ. of Anat. XXX. 2. p. 296. (S. vorjährigen Bericht.) — 18) Imbert, Léon, Lithotritie pour calcul cérique volumineux, chez un homme de 75 ans. Considérations sur l'emploi de chloroforme dans la lithotritie. Ann. des mal. des orig.-gén. p. 239. — 19) Johnston, George Ben, Comparative frequency of stone in the bladder in the white and negro races. Ann. of Surg. XXIII. p. 129. — 20) Liebleiu, Victor (aus der Prager chir. Klinik des Prof. Wölfler), Zur Casuistik der Harnröhrensteine und speciell der Divertikel-Steine der Harnröhre. Bruns' Beitr. zur klin. Chir. XVIII. S. 14. (30jähr. Pat., im 6. Jahre durch Sect. perin. von einem Steine befreit. Spontane Entleerung eines nierenförmigen, 5,8 : 4,3 : 3,3 cm messenden und 65 g wiegenden Steines aus einem durch das Scrotum aufgebrochenen Divertikel. Den Kern des Steines bildeten faulende organische Massen, die Schale Carbonate und Phosphate, auch etwas Oxalat.) — 21) Milton, Herbert, Lithotrity in cases of Stone, simple and complicated. Lancet. Apr. 18. and 25. May 2. (Illustrated.) — 22) Morris, Henri, The effect of the Roentgen rays on urinary and biliary calculi. Ibid. Nov. 14. (Von allgemeinem Interesse dürfte sein, dass „gemischte" Steine aus abwechselnden Schichten bestehend, schlechter das Licht durchlassen als „einfache" Steine.) — 23) Nicolich, Giorgio (aus der chir. Abth. des Civilspitals zu Triest), Ueber einen eingefassten Stein. Wien. med. Pr. No. 32. (Leichenbefund bei einem 72jähr. an Pyelonephritis und Prostata-Hypertrophie verstorbenen Pat., bei dem es wegen Subluxation beider in Vagusstellung befindlicher Knie und Ankylose der rechten Hüfte in Flexion und Adduction unmöglich war, ein Metallinstrument einzuführen und die Diagnose zu stellen. Der hühnereigrosse postprostatische Stein ragte nur mit seinem oberen Drittel unbeweglich in die Blase; seine Zusammensetzung ist nicht angegeben. Anbei ein einen durch Sectio alta bei einem 50jähr. Pat. entfernten Stein der Harnleitermündung betreffender Fall, in welchem eine Abkapselung vorgetäuscht wurde.) — 24) Picard, Henri, Trois lithrotrities sans chloroforme ni cocain. Ann. des mal. des org. gén.-ur. p. 282. (Die Fälle sind zu kurz für weitere Schlussfolgerungen mitgetheilt.) — 25) Quenu et Pasteau, Etude sur les calculs uréthraux chez la femme. Ibid. p. 289. — 26) Richardson, Maurice St., Two cases of intraperitoneal suprapubic-cystotomy for stone. Ann. of Surg. XVIII. p. 133. (In den beiden Fällen wurde das Bauchfell nicht absichtlich, sondern deswegen geöffnet, weil die Blase tief zusammengezogen im Becken lag. In dem ersten Fall bei einem 51jähr. Pat. wog der Stein 2250 gran, in dem zweiten waren zwei 598 resp. 573 gran wiegende zusammengehörige Steine bei dem 51jähr. Pat. zugegen. Nachbehandlung mit Tamponade des Douglas'schen Raumes, des Blaseninnern und Verweilcatheter. Heilung.) — 27) Rörig (Wildungen), Ein Harnröhrenstein. Therap. Monatsh. April. S. 205. (45jähr. Pat., seit dem 19. Jahre an Dysurie und Lähmung des Blasenschliessmuskels leidend, in den letzten $4^1/_2$ Jahren Verschlechterung des Zustandes mit Schmerzen am Damm und Eichel. Stein bereits von aussen her unter dem Scrotum, am Damm, durch den After fühlbar. Harn ammoniakalisch. Sect. med., Exärese durch Verwachsungen erschwert. Einrisse im After, vorderer Mastdarmwand und Harnröhre; Prostata nicht zu fühlen; † am 20. Tage mit Collaps und Decubitus. Keine Autopsie. Der einem abgezogenen Hosenknopf vergleichbare Stein wog frisch 250 g und bestand grösstentheils aus Kalkphosphat neben phosphorsaurer Ammoniakmagnesia. Nicht der Schnitt in der Rhaphe, sondern die Sect. bilateral. oder praerect. war indicirt.) — 28) Schweiger, Siegfried, Einige Fälle von Lithiasis im Kindesalter. Wien. med. Wochenschr. No. 38. (8 vom Vf. während 2 Jahren im städt. Spital in Travnik beobachtete Fälle, darunter 3 die Urethra, 5 die Blase betreffend; 4 unter letzteren mit Erfolg durch Sect. alta und Blasennaht behandelt. Der wenig ausführliche Bericht der einzelnen Operationsgeschichten verhindert Wiedergabe derselben.) — 28a) Brown, Case of calculus forming wound silk-suture used to close wound in the bladder after suprapubic lithotomy. Lancet. Febr. 22. (22jähr. Pat.; die Sect. alta hatte vor 10 Monaten stattgehabt.) — 29) Stierlin, Zur Technik des hohen Steinschnittes. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. XLIV. — 30) Tailhofer, Etude de 42 trailles hypogastriques. Arch. prov. de Chir. p. 38. 77. 140. — 31) Taylor, Bonnet, Pin in the male urethra. Lancet. Apr. 18. p. 1061. (6 Zoll lange Hutnadel, deren Spitze sich indessen nur $1^1/_2$ Zoll weit vom Orif. ext. urethr. befand, und deren Entfernung daher leicht mittelst einer sog. Fistel-Pincette gelang.) — 32) Tousey, Sinclair, Foreign body in the male urethra. Removal by internal urethroomy. New York med. Record. May 2. p. 626. (30jähr. Mann, der nach Einführung eines eiförmigen, der Stärke von 37 Charrière entsprechenden Holzstückes an Harnverhaltung seit einem Tage litt. Der Fremdkörper sass 2 Zoll hinter dem Orif. ext. urethr., konnte aber wegen Schleimhautschwellung erst nach Incision der Mucosa der oberen Wand mit dem Knopfmesser mittelst einer Drahtschlinge extrahirt werden.)

Audry (2) hat in einem Falle von Blasentumor eine besonders auch für andere Zwecke von ihm empfohlene Schnittführung bei der Sectio alta benutzt:

Man beginnt mit dem gewöhnlichen Schnitt in der Mittellinie — hat man sich dann über die Art und Ausdehnung der Erkrankung orientirt, so lässt man senkrecht auf diesen ersten Schnitt einen zweiten bis zum Leistencanal reichenden fallen, der in dieser Ausdehnung die Blase eröffnet. Diese Sectio mediolateralis kann man nöthigenfalls in eine Sectio bilateralis ausgestalten. Der Treffpunkt des Medianschnittes und des Querschnittes wechselt von Fall zu Fall je nach Bedürfniss.

Wiederum berichtet ein englischer Militairarzt Baker (3) über eine grössere Anzahl von Steinzertrümmerungen aus Hyderabad. Nicht weniger als 200 Fälle finden sich auf einer grossen Tabelle vereinigt, welche ausser dem Nationale der Patienten das Datum der Operation, die Stärke des Lithotriptor und die der Aspirationscanüle, ferner die Zahl der Einführungen des Zertrümmerers, die Operationsdauer, das Steingewicht und die Dauer des Hospitalaufenthaltes sammt dem Endergebniss enthalten. Von den Zertrümmerungen wurden 185 auf gewöhnlichem Wege, die übrigen 15 vom Damm aus nach Keith ausgeführt. Nach ersteren Operationen kamen 2, nach den letzteren nur 1 Todesfall vor, alle drei durch Anurie bedingt. Nur 5 Patienten waren weiblichen Geschlechts. Der Nationalität nach wurden nur 27 Hindus auf 173 Mohammedaner gezählt. Die grösste Zahl von Patienten (53) kam auf das Alter von 55 bis 65 Jahren; nächstdem kommt das 1.—5. Jahr mit 43 Operirten, dann das 16.—45. mit 50; über 65 Jahre war nur 1 Patient. Bei einer Operationsdauer von wenig über $16^1/_2$ Minuten wurde der Lithotriptor durchschnittlich 2,04 mal eingeführt. Mittlerer Aufenthalt im Hospital = 2,095 Tage. Der grösste Stein wog zwei Unzen, 3 Dr., 10 Gran, der kleinste 2 Gran; das mittlere Gewicht betrug 3 Dr. Aus den kurzen practischen Notizen ist hervorzuheben, dass Verf. keinen Stein zu gross für die Zertrümmerung gefunden. Während der Pat. narcotisirt wird, wird die Blase ausgespült, ebenso erfolgt die Aspiration bei unvollständiger Narcose. Grosser Werth wird auf Gebrauch eines möglichst starken Aspirationscatheters gelegt.

Freyer (10), welcher jetzt als Arzt der Poliklinik des St. Peter's Hospital for stone in London fungirt, legt auf's Neue Zeugniss zu Gunsten der Litholapaxie ab. Von den 300 letzten von ihm behandelten Steinfällen, welche Patienten aller Altersklassen, von 2—90 Jahren, und Concretionen jeder Grösse, von 2 Gran bis $6^1/_2$ Unzen Gewicht betrafen, wurden nur 7 blutigen Operationen, nämlich 2 dem hohen Schnitt, 4 dem Dammsteinschnitt und 1 der Sectio vaginalis unterworfen, die übrigen 293 der Bigelow'schen Litholapaxie. Von 106 mit dieser im Jahre 1890 Behandelten starb nur einer.

Wie sehr diese Operation auch bei sog. grossen, d. h. über 2 Unzen wiegenden Steinen bei grösserer persönlicher Erfahrung sich bewährt, zeigt eine Zusammenstellung von 49 derartigen und bei einer Gesammterfahrung von über 900 Steinoperationen vorgekommenen Fällen. Bei diesen 49 wurde nur in den ersten Jahren eines die Zeit vom Mai 1878 bis März 1895 umfassenden Zeitraumes häufiger der Schnitt ausgeführt, und zwar der hohe Schnitt 4 mal, die Sectio lateralis 13 mal und die Sect. vaginal. (bei einer 70jähr. Frau) 1 mal. Die übrigen 31 entfielen auf die Litholapaxie. Alle Patienten, mit Ausnahme von 2 Knaben von 14 resp. 15 Jahren, waren Erwachsene d. h. über 20 Jahre alt und meist „schlechte" Fälle, mit Cystitis und verdickter, zusammengezogener, geschwüriger Blase bei den Meisten, mit Prostatahypertrophie und Strictur bei Anderen und mehr oder minder starker Betheiligung der Nieren. Als concomitirende Leiden existirten Diarrhoe, Dysenterie, Darmvorfall und Hämorrhoiden. Von den 31 Litholapaxien endeten bei einem Durchschnittsalter von 50 Jahren und einem Durchschnittsgewicht der Steine von 2 Unzen 5 Drach. und einem $10^1/_2$tägigen mittleren Hospitalaufenthalt 3 ($9^1/_2$ pCt.) tödtlich, Männer von 45, resp. 26 und 90 Jahren mit vorgeschrittenem Nierenleiden und Pyämie, Anurie und Shock als Todesursache. Auf 14 Dammschnitte bei einem durchschnittlichen Alter von $42^1/_2$ Jahren und einem Mittelgewicht des Steines von 2 Unzen 5 Drach. 75 Gran kamen 4 ($28^1/_2$ pCt.) Todesfälle, bei einem mittleren Spitalaufenthalt von $42^1/_2$ Tagen. Für 4 durch Sect. alta († 2) Operirte lauten diese Zahlen $27^1/_2$ Jahre, 5 Unzen 5 Drachm. mittleres Steingewicht und 34 Tage Spitalaufenthalt.

Harrison (16) glaubt, dass die häufige Wiederkehr von Phosphatsteinen bei Prostatikern zu verhindern ist durch Castration bezw. Ligatur des Vas deferens. Er citirt in diesem Sinne einen von anderer Seite so behandelten günstigen Fall. Um aber der relativ grossen Sterblichkeit der Sect. alta in solchen Fällen entgegenzutreten, hat H. die Steinzertrümmerung von einer kleinen Dammincision mittels einer der Stärke seines Zeigefingers entsprechenden von Krohne und Sesemann gearbeiteten Zange in 15 Fällen geübt. Unter über 300 Lithotripsien überhaupt keine, bei der Tod oder Recidiv eintrat. Als Vortheile der Lithotripsia perin. bezeichnet H. 1. Möglichkeit, grosse Steine in kurzer Zeit zu zertrümmern und zu entfernen. 2. Die in Vergleich mit den Schnittmethoden geringe Lebensgefahr, die ihre Anwendung bei alten schwachen Leuten gestattet, vorausgesetzt, dass die gewöhnliche Lithotripsie bei ihnen nicht zulässig ist. 3. Die grössere Wirksamkeit der directen Ausspülung der Blase und ihrer Taschen mittels stärkeren Evacuations-Catheters, als per urethram möglich ist. 4. Möglichkeit directer Untersuchung der Blase mittels Finger oder der zur Zertrümmerung gebrauchten Zange, bezüglich Freisein ihres Innern von Steinresten. 5. Möglichkeit bei gewissen Prostatahypertrophien und Verlegung des Blasenzuganges, complicirt mit Blasenatonie, nicht nur die Entfernung des Steines, sondern auch Wiederherstellung normaler Blasenentleerungen zu erreichen. 6. Durch Nachbehandlung mittels temporärer oder dauernder Drainage Heilung oder wenigstens Besserung cystitischer Zustände zu erzielen. Heilung der Dammwunde hat H. nie vermisst, ausser dort, wo er sie mit Absicht offen liess, wie z. B. in Fällen von Strictur der Urethra profunda. Mit einem Zukunftsblick auf die diagnostischen Dienste, welche bei Blasensteinen von den Röntgen'schen Strahlen zu erwarten sind, schliesst H.'s an treffenden Zwischenbemerkungen reicher Vortrag.

Im Anschluss an einen in dem Literaturverzeichniss näher bezeichneten Falle meint Imbert (18), dass Chloroform im Beginn der Steinzertrümmerung gegeben, und zwar in discreten Mengen, so dass der Pat. nicht ganz unbesinnlich wird, die Ergänzung des präcisen und vorsichtigen Operirens bildet.

In den Vereinigten Staaten von Nordamerikas haben bis jetzt über Steine wesentlich Personen geschrieben, welche in Gegenden leben, in denen Neger selten sind, und die keine Kenntniss von deren Erkrankungen haben. Johnston (19) in Richmond hat zur Ausfüllung dieser Lücke sich directe Berichte von 400 hervorragenden Praktikern in den Südstaaten (Virginia, North und South Carolina, Georgia, Tennessee, Kentucky, Florida, Louisiana, Mississipi, Arkansas und Texas) erbeten. Von 338 ihm eingegangenen Antworten gaben 98 Auskunft, die übrigen waren negativ. Im Ganzen konnte

J. auf solche Weise 1068 Steinfälle sammeln, darunter 952 bei Weissen, 116 (9,55 pCt.) bei Negern. Auf die Gesammtbevölkerung der Vereinigten Staaten nach dem Census von 1890 berechnet, ergiebt dieses 1 Stein auf 16,532 Personen, und zwar auf 11,732 Weisse, bezw. auf 5,55 Neger, bei ersteren ist also Stein 4,72 mal häufiger. Die ältere sehr viel kleinere Statistik von Parkes in Charleston zeigte die Steinkrankheit dagegen als in Proportion von $15^3/_{88}$ pCt. bei den Negern vorkommend. Immerhin zeigte das nähere Studium dieser wie Johnston's eigener Statistik, dass Stein bei den Negern doch nicht ungewöhnlich ist. Einzelne Staaten (Mississipi, Arkansas, Alabama, Louisiana und Florida) sind nämlich so gut wie frei von Lithiasis. Dieselben haben mehr als $^1/_3$ Einwohner von dem ganzen von J. untersuchten Gebiet, und doch nur 8 Fälle mehr (nämlich 74) als South Carolina allein. In Virginia kamen sogar 430 Fälle vor. Von 788 Fällen mit Angaben des Geschlechtes betrafen 691 Männer und 97 weibliche Personen. 182 Fälle unterlagen keiner Operation, 584 wurden operirt, 249 durch Sect. later., 100 durch Sect. med., 138 durch Sect. alta, 32 durch Sect. vesicovagin., 28 durch Erweiterung der weiblichen Urethra, 35 durch Zertrümmerung und 5 durch nicht näher bezeichnete Eingriffe. Von dieser Operation liegt bei 304 keine Angabe über den Ausgang vor. Von den übrigen genasen 541, 43 starben. J. selbst hatte unter eigenen 41 Fällen 34 Weisse und 6 Neger, 39 männlichen, 2 weiblichen Geschlechts. Bei 2 unterblieb die Operation wegen Nierenaffection, und von den 39 Operirten (25 Sect. later., 12 Sect. alta und 2 Erweiterungen der Urethra) starb keiner.

Milton (21) hat im Kass-el-Aspi Hospital zu Cairo seit 1890 209 Steinoperationen ausgeführt. Von diesen wurden 2 Fälle nicht berücksichtigt, der eine bei einem Knaben, der an Typhus erkrankt, wegen Harnretention lithotomirt, nicht dem Eingriff, sondern dem Typhus erlag, der andere bei einem durch die Chloroformnarcose verstorbenen Pat. Von den übrigen sind 141 per urethram lithotripsirt worden mit † 3, darunter ein 80jähr. Pat. mit einem 2 Unzen schweren Stein, ein 50jähr. Mann mit fötider Cystitis und Divertikelblase und ein 35jähr. Mann mit altem Nierenleiden. M. bedient sich eines Lithotriptors, dessen weiblicher Arm so eingerichtet ist, dass er statt des männlichen Arms die Aspirations-Canüle aufnehmen kann. Zur Aspiration dient Golding Bird's Aspirator (eine Modification von Bigelow's letztem Modell, das nach dem Vorbilde von Fenwick Ref. auch benutzt). In 50 Fällen bestanden Complicationen, darunter 35 mit (darunter 20 vom Damm her) Zertrümmerung behandelt ohne Todesfall. Von 39 Fällen besonders harter und grosser Steine, darunter 9 vor 1892 operirt, wogen 8 2 bis 12 Unzen. Anfangs gebrauchte M. hier die Sect. alta, die 11 mal angewandt, 5 mal tödtlich endete. Die letzten 16 derartigen Fälle wurden zertrümmert ohne tödtlichen Ausgang. Um solche sehr grossen Steine zu meistern, hat M. die Herteloup'sche Percussion mit der Weiss'schen Schraube verbunden und konnte er mit diesem neuen Instrument eine Concretion von $34^1/_2$ Unzen fassen. M. operirt gewöhnlich mit einer vorsichtig zu bewerkstelligenden Blasenfüllung von 200—300 g, nur bei grossem Stein sind 400—500 nöthig. Für die Lithotripsia perin. gebraucht er einen verbesserten (Nélaton-schen) Lithoclasten. Bei der Sect. lateral. (28 Fälle mit † 0) bevorzugt M. stumpfe Dehnung der tiefen Incision mit dem Finger. Von 4 Fällen von theils in den Ureter hineinragenden Steinen starben 2, man sollte hier, wofern die Lithotripsie unausführbar, sofort die Sect. alt. machen. Von 6 zum Theil sehr eigenartigen Divertikelsteinen wurden 3 mit Lithotripsia urethralis geheilt, von 3 mit Lithotripsia perin. Behandelten starb 1. Postprostatische Steine sind wegen der Seltenheit von Prostatahypertrophie in Egypten von M. nicht operirt. Steine, die in die Urethra ragen, sollten in die Blase zurückgestossen und dort zertrümmert werden.

In einem Schlussartikel bespricht M. noch einige Besonderheiten seiner Steinpraxis in Egypten. Nur 9 Patienten waren unter 10 Jahren. Aber ein moderner Steinoperateur sollte keine Unterschiede zwischen Jung und Alt auf Grund des besseren Instrumentariums und der grösseren Reinlichkeit machen. Thatsächlich hat man nicht Kinder und Erwachsene, sondern dazwischen noch eine Categorie bis zu den 60 Jahre alten Patienten zu unterscheiden. Eine grosse Tabelle giebt über diese Unterschiede jede erwünschte Auskunft, eine zweite auf Grund sehr genauer Prüfungen über den Chemismus der Steine. (Nb. Fall von 2 Cystinsteinen.) Von 155 Pat. über 60 Jahren unterlagen 118 der Litholapaxie mit † 11 (9,2 pCt.), 28 der Sect. alta mit † 8 (1 : 3) und 11 der Sectio perineal. mit † 2. Die Schlusssätze Verf.'s lauten:

1. Litholapaxie ist Operation der Wahl in einfachen Blasensteinfällen. 2. Ihre Schwierigkeiten wachsen mit dem Umfang des Steins, aber kein Stein ist zu hart oder zu gross, um nicht zertrümmert werden zu können, und die lithotriptischen Ergebnisse bei Steinen von über 2 Unzen Gewicht sind bei Weitem besser als die durch eine andere Methode erzielten. 3. Wird bei grossen und harten Steinen die Lithotripsie per urethram aus mangelnder Erfahrung und Geschicklichkeit aufgegeben, so werden die besten Resultate durch Zertrümmerung vom Damm her erreicht. 4. Die Schwierigkeiten beim Fassen des Steines werden durch geeignetes Instrumentarium und vorsichtige Dehnung der Blase vermieden. 5. Ein sehr erheblicher Bruchtheil der Steine kann auf den verschiedenen Wegen der Lithotripsie entfernt werden, und dort, wo der Versuch dafür vergeblich ist, soll die Cystotomie à pr. vornehmlich die hohe Operation in Angriff genommen werden. 6. Lithotripsie ist die Operation der Wahl auch angesichts fast aller Veränderungen des Harn- und Geschlechtsapparates, die nöthige Behandlung etwaiger Complicationen ist entweder vorher oder nachher auszuführen. 7. Bei Kindern sind die Ergebnisse der Lithotripsie in erfahrenen Händen besonders günstig, für viele ist aber zur Zeit die Sect. later. noch die sicherere Operation. 8. Bei senilen Veränderungen und krankhaften Störungen des Gesammtorganismus ist Lithotripsie bei Weitem die beste und wenn irgend möglich auszuführende Operation und 9. ist die Ausführung der Operation mittelst eines einzigen Instrumentes, des Evacuations-Lithotriptors, gerade bei alten Leuten besonders vortheilhaft.

Quenu und Pasteau (25) geben im Anschluss

an 9 Fälle von Harnröhrensteinen bei der Frau, darunter 2 noch nicht veröffentlichte, eine kleine Monographie über die Krankheit. Sie stellen eine specielle klinische Form auf, welche von den in Taschen im Septum urethrovaginale liegenden Steinen gebildet wird. Es sind dieses wirkliche Harnsteine, die sich primär oder in einer Urethrocele secundär entwickeln. Die Diagnose der Lage der Steine ist durch gleichzeitige Exploration von der Vagina und Urethra aus leicht, die Behandlung besteht in Sectio vesico-vaginalis und Resectio der Tasche mit Naht in 2 Etagen.

Stierlin (29) berichtet über 41 in den letzten 3 Jahren von ihm in Sofia behandelte Blasensteinfälle, die er in Kürze beibringt. Von den Patienten kam weit über die Hälfte auf die ersten 10 Lebensjahre, auf die ersten 5 Jahre über ein Drittel. Ausserdem wurde ein Fall von Fremdkörper in der Blase behandelt. Ein Kind wurde unoperirt von den Eltern abgeholt. Ein anderweitig lithotomirter Patient wurde wegen Cystitis und Recidive behandelt. Ein Pat. kam moribund hin mit doppelseitiger Pyelonephritis. Es blieben daher incl. Extraction eines incrustirten Stückes eines Nélaton-Catheters aus der Blase durch Sect. alta 39 Operirte, von denen 37 der Sect. alta, 2 der Sect. vaginalis anheimfielen. Von den beiden letzten starb einer nach 10 Tagen mit alter Pyelitis calculosa, die andere ging vor Heilung mit Blasenscheidenfistel aus der Anstalt.

V. operirt ohne Mastdarmtampon bei mässiger Basenfüllung mittelst Längsincision. Auf erste Vereinigung hat S. in keinem der Fälle eigentlich gerechnet. Nach der Operation wird die Blase durch einige Nähte an der Bauchwand fixirt (Ventrifixation) und dann ein Drain applicirt, das über einen von der Harnröhre in die Blase geschobenen Catheter gezogen ist. Dieser Catheter bleibt eine kurze Zeit liegen. Von 37 hohen Schnitten starben 4 (10,8 pCt.); auf 27 Kinder kommt kein Todesfall. Von 31 nach den vorher gegebenen Vorschriften Behandelten starben nur 3 (9,7 pCt.). Todesursache war alte Pyelitis, bezw. Cystitis und starke Infiltrationen. Alle Operirte bleiben bis zum völligen Wundschluss im Spital. — Neuerdings hat S. den Raum hinter der Symphyse durch geeignete Fixation der Blase mittelst Suturen besonders zu schützen gesucht. In einem weiteren neuen Fall gelang die totale Blasennaht.

Tailhofer (30) in Toulouse berichtet in extenso über seine letzten 42 hohen Blasenschnitte. Dieselben betreffen 23 mal Steine, 4 mal Neubildungen, 3 mal Cystitis tuberculosa, 1 mal Prostatismus, 2 mal Cystitis dolorosa, 1 mal Strictur und 2 mal Harnfistel. Die Steinoperationen betrafen 23 Männer und 1 8jähr. Mädchen. Unter den 23 waren 8 Knaben, 2 Erwachsene von 27 und 28 Jahren, 14 ältere Patienten von 49 bis 76 Jahren. Steinkrankheit ohne Cystitis war bei 6 Pat. Indications-Anzeige, darunter 5 Kinder, 1 älterer Pat., bei dem die Lithotripsie länger unausführbar, und ein anderer mit Recidiv nach Lithotripsie. Die Technik der Operation unterscheidet sich nicht wesentlich von der bei uns üblichen. Die Blasennaht wurde in 8 Fällen und zwar nicht immer in gleichmässiger Weise ausgeführt, im übrigen die Drainage nach Périer angewandt. Die Drainschläuche tauchen in ein halb mit Borsäure gefülltes Gefäss und falls der Verband durchnässt ist, legt der Operirte sich neue Watte auf.

Die Sterblichkeit bei Lithiasis ohne Cystitis war gleich Null, ein Operirter starb nach 2 Jahren an einem intercurrenten Leiden. Von den Pat. mit Cystitis und Lithiasis starben 2, darunter ein zum zweiten Male Operirter an Darmblutung, ein zweiter an Nieren-infection. Das gleiche Schicksal hatte ein wegen Strictur Operirter, von den beiden anderen einer 2 Tage nach schwieriger Operation, der andere, ein Trinker, nach ganz kurzer Zeit. Diese Fälle ohne Autopsie. Der Pat. mit Prostatismus starb ebenfalls schon einige Tage post operationem, von den Geschwulstfällen 2 an Hämaturie, 1 an Recidiv. Der Pat. mit Tuberculose wurde gebessert, die beiden mit Fisteln starben.

[Blume, Anurie — Lithiasis — Obturation beider Ureteren mittelst Calculi. Hospitalstidende. R. 4. B. 4. p. 969. (Casuistische Mittheilung mit Sectionsbericht.)
F. Levison (Kopenhagen).

Zagórski, K., Ueber Sectio alta. Medycyna. No. 1 und 2.

Zagórski berichtet über 2 Fälle von hohem Blasenschnitt wegen Stein bei Kindern, in welchen die Operation bezw. die Blasennaht nach Antal ausgeführt wurde. Hieran schliesst sich eine genaue Besprechung der verschiedenen Methoden der Versorgung der Blasenwunde nach Schnitt, wobei Verfasser besonders der Naht nach Antal das Wort redet.
Trzebicky (Krakau).]

5. Krankheiten der Prostata.

1) Alexander, Samuel, The radical treatment of prostatic enlargement by prostatectomy. New-York med. Record. Dec. 12. — 2) Bakó, Alexander, Eine nach Beckenbruch aufgetretene Verengerung der Harnröhre. Cbl. f. d. Krankh. der Harn- und Sexualorgane. S. 324. — 3) Bazy, Note sur les traitements récents de l'hypertrophie prostatique. Un. méd. No. 1. — 3a) Derselbe, Du méat hypogastrique chez les prostatiques. Bull. gén. de thérap. CXXX. 11. p. 481. — 4) Bottini, Enrico, Die galvanocaustische Diurese zur Radicalbehandlung der Ischurie bei Hypertrophie der Prostata. Technische Betrachtungen und klinische Bemerkungen. Arch. für klin. Chir. LIV. S. 98. — 5) Braun, Ludwig, Ueber osteoplastisches Carcinom der Prostata, zugleich ein Beitrag zur Genese der perniciösen Anaemie. Wien. med. Wochenschr. No. 12 etc. (Von wesentlich pathologisch-anatomischem und allgemein-pathologischem Interesse.) — 6) Brown, F. Tilden, Case of double ligation of the vasa deferentia for hypertrophy of the prostate. Journ. of cut. and gen.-ur. diseases. p. 21. (Nach B. der erste in den U. S. operirte Fall. Um den Erfolg glaubwürdiger zu machen, ist Pat. im Augenblick des Urinirens photographirt. Endresultat: Prostata von Grösse einer Billardkugel auf die eines Enteneis geschwunden. $2^1/_2$ Unzen Residuum, einmal Catheter in 24 Stunden. Sensibilitätsstörungen an den unteren Extremitäten.) — 7) Cabot, A. T., The question of castration for en larged prostate. Ann. of surg. XXIV. p. 269. — 8) Charlton, F., A case of castration for prostatic hypertrophy. Lancet. Apr. 27. (77 jähriger Pat., seit 8 Jahren auf den Catheter angewiesen, 10 Tage nach der Operation beginnt Pat. keinen Catheter mehr zu gebrauchen. Während der Convalescenz schnell vorübergehende psychische Störung. Pat. behält guten Strahl, jedoch hat er etwas Schmerz vor jeder Entleerung. Die Prostata wird $^1/_4$ Jahr nach der Operation als auf $^1/_2$ bezw. $^1/_3$ ihrer früheren Grösse geschwunden bezeichnet.) — 9) Ciechanowski, Stephan, (a. d. Institute f. pathol. Anatom. des Herrn Prof. Browicz in Krakau), Ueber die sogenannte Hypertrophie der Vorsteherdrüsen und über anatomische Grundlagen der senilen Insufficienz der Blase. Cbl. f. Chirurg. No. 32. (Kurzer Bericht über 2 Jahre fortgesetzte Untersuchungen: „Die sog. Prostatahypertrophie scheint in der Regel auf chronisch-entzündlichen Vorgängen zu beruhen, wenn sie auch keineswegs deren einzigen Endausgang bilden.") — 10) Czerny, Aus der chir. Universitäts-Klinik in Heidel-

berg, Ueber die Castration bei Prostatahypertrophie. Deutsch. med. Wchschr. No. 16. — 11) Dumstrey, Beitrag zur Behandlung der Prostatahypertrophie durch Resection des Vas deferens. Centralbl. f. Chir. No. 16. (Trotz günstiger Einwirkung auf die Blase, war ein grosser körperlicher wie geistiger Verfall des 65jährig. Pat. auffällig. D. warnt daher mit Czerny, die Ligatur und Resection des Vas deferens für harmlos zu halten.) — 12) Dupraz, Alfred L., Travail de l'Institut pathologique de Genève, Le Sarcome de la prostate, étude clinique et anatomo-pathologique. Revue méd. de la Suisse rom. No. 9 et 10. — 13) Eartman, Joseph Titus, Zur Entstehung der Corpora amylacea in der Prostata. Inaug.-Abh. Berlin. (Von 24 bei Personen im Alter von 14 Monaten bis 70 Jahren fand E. nur bei 2, bei dem 14 Monaten alten und bei einem 7jährigen Knaben, keine Concretion. Auf Grund seiner Untersuchungen lässt E. die Concretionen aus Epithelien bezw. aus Ringen von Epithelien, die ihre concentrische Schichtung erklären, entstehen. Andere Male sind sie aus hyalin degenerirtem Epithel entwickelt.) — 14) Englisch, Ueber die neueren Behandlungsmethoden der Prostatahyperthrophie (Castration, Ligatur, Fütterung). Verhandl. der K. K. Gesellsch. der Aerzte in Wien. Wien. klin. Wochenschr. No. 1 und 4. — 15) Farraost. A case of hypertrophy of the prostate treated by orchidectomy. Brit. Journ. May 16. (Hosp.-Ber. über einen 67jährigen Mann. Bei Abschluss des Berichtes ca. 1/4 Jahr nach der Operation war kein Residualurin mehr, Nachts musste aber Pat. 2-3 mal zum Uriniren aufstehen.) — 16) Franke, Erich, Ein Fall von doppelseitiger eitriger Orchitis, Epididymitis und Prostatitis. Castration. Heilung. Cbl. f. d. Krankh. der Harn- u. Sexualorg. S. 22. (Das Wesentliche des einen 54jährigen Pat. betreffenden Falles enthält die Ueberschrift; Aetiologie unaufgeklärt. [Influenza?] — Aus d. Poliklinik des Herrn Priv.-Docenten Dr. Kollmann in Leipzig.) — 17) Gibson, John R., Note a case showing the intimate relationsship between the prostate gland and testicle as also the influence of one disease on the other for good. Lancet. Sept. 12. (Ganz kurze Notiz über einen Prostatiker, der nach einseitiger Orchitis wieder spontan zu uriniren begann. Man kann eben Alles beweisen!) — 17a) Fey, George, Surgery of the prostate gland. Medic. and surgic. Report. Febr. 4. (Blasendrainage vom Bauch her, noch nicht abgeschlossener Fall.) — 18) Gouley, W. S., Prostatic enlargement: Remarks introductory to a discussion on its Nature, Diagnosis and treatment. Medic. Record. Octob. 24. — 19) Harrison, Reg., Clinical remarks of the vas deferens in cases of obstructive prostatic hypertrophy. Lancet. Febr. — 20) Helferich, Aus der chirurg. Universitätsklinik zu Greifswald, Ueber die Resection der Samenleiter als ein Heilmittel bei Prostatahypertrophie. Deutsche med. Wochenschr. No. 2. — 21) Derselbe, Weitere Mittheilungen über die Resection der Samenleiter als ein Heilmittel bei Prostatahypertrophie. Festschrift für Benno Schmidt. (s. auch Deutsche med. Wochenschr. No. 9.) — 22) Homans, John, A case of castration for enlarged prostate and retention of urine. Boston med. and surgic. Journ. March 19. (Der 64jährige Patient war durch die Castration auch von seinen Haemorrhoiden geheilt. Er musste aber noch 3—4 mal Nachts uriniren.) — 23) Hottinger, R., Ueber chronische Prostatitis und sexuelle Neurasthenie. Corr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte. No. 6. (Viele Fälle von Neurasthenie beruhen auf chronischer Prostatitis. Anbei ein Fall von Beseitigung letzterer wie der Neurasthenie durch Massage und China-Präparate bei einem 50jährigen Mann.) — 24) Hunt, Arthur, Hypertrophy of the prostate; double castration; recovery. Lancet. Octob. 3. (Die nachträgliche Beobachtung des 73jährigen Patienten, dessen Blase nach der Operation noch energisch behandelt worden ist, dauerte noch nicht 5 Monate; genaue Daten sind nicht angegeben. Nach der Ueberschrift ist H. „honorary gynaecologist".) — 25) Kelsey, Charles B., Failure of castration to cause atrophy of the prostata. New-York med. record. May 23. — 26) Kraus, Walter, Ueber einen seltenen Fall von Hämaturie (Prostata-Hämorrhoiden). Wien. klinische Wochenschr. No. 28. (58jähr. Patient ohne Prostata-Vergrösserung. Die Sect. alta, durch die die Diagnose festgestellt wurde, zeigte auf den Plexus venos. prostat. beschränkte Erweiterung. Blasendrainage: in 6 Wochen Heilung.) — 27) Lauenstein, Carl, Die subcutane Durchschneidung des Vas deferens zur Behandlung der Prostatahypertrophie. Centralbl. f. Chir. No. 7. (Trotzdem L. bei einem 81jähr. Patienten der subcutanen Durchschneidung des Vas defer. die Castratio duplex folgen lassen musste, will er erstere, die bereits günstig auf die Blasenfunction gewirkt, in Zukunft weiter erproben.) — 28) Lindsay, John, A case of prostatic abscess. Philad. med. and surg. rep. Sept. 26. (Fall mit unsicherer Ursache vielleicht Influenza bei einem 29jähr. Pat. Spontandurchbruch nach Urethra; Heilung.) — 29) Littlewood, H., Case of supra-pubic prostatectomy (Mac Gill's operation) illustrating a method of arrest of haemorrhage by packing the bladder with a roll of gauze. Lancet. Jan. 4. (Das Wesentliche des einen 69 Jahre alten Patienten betr. Falles enthält die Ueberschrift.) — 30) Mac Ewan, Discussion on the surgical treatment of prostatic hypertrophy. 64. meeting of the brit. med. Assoc. Brit. med. journ. Oct. 10. p. 989. — 31) Martius, Paul, Beiträge zur Kenntniss der Prostata-Hypertrophie. Inaug.-Abh. Greifswald. — 32) Mayet, Henri, Prostatite glandulaire subaiguë d'emblée totale ou partielle. Annal. des malad. des org. gén.-ur. p. 192. (Unterscheidet sich von der tuberculösen Prostatitis. Als Behandlung nach Guyon Mercurial-Suppositorien empfohlen. Anbei ein Fall.) — 33) Meyer, Carl, Double castration for hypertrophy of the prostate, with report of a case. Amer. News. Jan. 25. (Der einen 70jähr. Mann betr. Fall liegt insofern etwas anders als die übrigen, als beide Hoden in Folge von Hydrocele degenerirt und atrophisch waren, und Sclerose der A. spermat. bestand. Die Blase wurde nach der Operation regelmässig ausgespült, spontanes Uriniren beginnt vom 6. Tage an, Catheter vom 12. Tage an unnöthig. Bei Abschluss des Berichtes kann Patient den normalen Urin 5 bis 6 Stunden lang halten.) — 34) Moullin, C. W. Mansell, Unilateral orchotomy for enlargement of the prostata. Lancet. Febr. 1. (Der Titel der einen ca. 50jährigen Mann betreffenden Krankengeschichte ist missverständlich. Der linke Hoden war demselben in frühester Jugend verloren gegangen. Es bestand Prostata - Hypertrophie. Beide Seitenlappen waren ziemlich gleichgross, den Mittellappen bildet eine klappenförmig gestielte Geschwulst. Ueben den Nutzen der unilateralen Orchotomie bei Prostata-Hypertrophie kann man daher ohne vorherige genaue Diagnose in concreto nicht aburtheilen.) — 35) Derselbe, Some of the recent results of orchotomy for enlarged prostate. Lancet. Febr. 8. p. 348. (S. auch Brit. med. journ. Febr. 15. Harveian Society.) — 36) Negretti, Angelo, Cura radicale dell' ischuria da hypertrophia prostatica mediante la cauterizzazione della prostata della via rettale. Gazz. degl. Osped. No. 155. (Die vier Fälle, welche mit einem glühenden Haken vom Mastdarm aus erfolgreich behandelt sind, sind so wenig erschöpfend beschrieben, dass sie kein Urtheil über die Operation gestatten.) — 37) Novi-Josserand, G., De la résection des canaux déferents dans le traitement de l'hypertrophie prostatique. Lyon méd. No. 40. (Drei nicht sehr beweisende Fälle. Im ersten kehrten die Beschwerden nach ca. 5 Mon. wieder, nach ihrer örtlichen Behandlung erklärt der 68jähr. Patient sich für zufrieden und geheilt. Der nächste betr. Patient musste noch den Catheter gebrauchen, die Pro-

stata war nur wenig verkleinert. Bei dem dritten 70jähr. Patienten musste 5 Wochen nach der Resection ein eigrosses um ein abgebrochenes Catheterstück entwickeltes Phosphat durch Sect. alta entfernt werden.) — 38) Phélip, Sondes nouvelles élastiques pour grosses prostates. Lyon méd. No. 13. (Sondes à bequille, denen eine übertriebene Krümmung gegeben; ebensowenig neu wie die Varietäten der Sondes de Morrier, die Verfasser ebenfalls abbildet.) — 39) Pilcher, Lewis Stephen, Results of castration upon prostatic hypertrophy at shown in six cases. Ann. of Surgery XXII. p. 687. (Sechs ungünstigen mit Fistelbildung behandelten Fällen werden 6 mit Castration behandelte gegenüber gestellt. Im ersten gebraucht der 74jähr. Pat. als „Angelegenheit der Routine" allabendlich noch den Catheter; 2. 55 j. Pat. hat nach 8 Mon. noch 10 Unzen Residuum. Prostata vom Rectum aus zwar nicht verkleinert, aber weicher. 3. 68j. Mann. Besserung der Blasensymptome, Weitergebrauch des Catheters; nach 2 Monaten † an Dysenterie 4. Der 72jähr. Pat. leerte seine Blase auf natürlichem Wege, sein psychisches Verhalten ist immer noch — 3 Monaten nach der Castration — derart, dass Pat. in einer Siechenanstalt lebt. 5. 52jähr. Pat., 6 Monat nach der Operation berichtet über Besserung der Gesundheit und Kräfte. Regelmässiger Catheterismus und Spülung der Blase bei 3—7 Unzen Residuum. 6. 63jähr. Pat. bereits vor der Castration Cystectomia supra-pubica; 3 Mon. später Fortbestehen der Bauchfistel, Pat. urinirt spontan; Prostata vom Rectum nicht wesentlich kleiner.) — 40) Rosenberg, S., Zur Kenntnis der Prostatitis chronica. Cbl. f. d. Krankh. der Harn- und Sexualorgane. S. 87. (Zur Gewinnung von Prostata-Secret wird die Massage, zur Behandlung der Arzberger-sche Kühlapparat empfohlen.) — 41) Rovsing, Th., Zur Castration bei Hypertrophie der Prostata. Cbl. f. Chir. No. 2. (85jähr. Pat., seit 11 Jahren auf den Catheter angewiesen, kann 2 Mon. nach der Operation schmerzlos und normal Urin lassen.) — 42) Sackur, Kritisch-experimentelle Beiträge zur modernen Behandlung der Prostata-Hypertrophie. Therap. Sept. S. 480. — 43) Socin, A., Ueber die Bedeutung der Castration für die Behandlung der Prostatahypertrophie. Ctr. Bl. d. Schweiz. Aerzte. No. 17. — 44) Southam, A case of double castration for prostatic retention. Brit. med. Journ. Febr. 22. (Hosp.-Ber. über einen 66j. Mann; bei Abschluss des Berichtes, ca. 4 Mon. nach der Operation, konnte er spontan, aber nur in schwachem Strahl nach vorherigem Drängen uriniren; Blase zuweilen gereizt; Prostata kleiner per rectum.) — 45) Spannocchi, T., Stato presente della cura radicale delle ipertrofia di prostata. Raccoglitore med. 10. Vuc. p. 81. (2 Fälle von Resection beider Vasa deferentia mit Erfolg.) — 46) Thieme, Otto, Die Behandlung der Prostatahypertrophie durch die Castration. Inaug.-Abh. Halle. 1895. (Ein günstiger Fall aus der chir. Klin. in Halle aus dem entsprechende Schlussfolgerungen gezogen werden.) — 47) Townsend, William Watson, Bilateral orchidectomy, suprapubic cystotomy, followed by acute mania and death. New York med. Record. Aug. 1. — 48) Vautrin, Du traitement moderne de l'hypertrophie prostatique. Av. des mal. des org. gén.-ur. p. 208. — 49) Verhoogen, J., Ueber den perinealen Lappenschnitt bei Prostata-Operationen. Cbl. f. d. Krankh. der Harn- und Sexualorgane. S. 16. 82. — 50) Weltz, Gustav, Ueber einen Fall von acuter Prostatahypertrophie, behandelt mit Heilgymnastik und Massage. Petersburger Medicin. Wochenschrift. No. 4. — 51) White, Castration for prostatic hypertrophy Transact. of the section on general Hosp. of the case of Physicians of Philadelphia.) Ann. of Surg. Aug. p. 321. (Nichts Neues.) — 52) Wiesinger, A., Die Witzel'sche Schrägfistel der Blase bei Prostatahypertrophie. Deutsch. Ztschr. f. Chir. XLII. S. 619. — 53) Winterberg, Wolrad, A case of hydatid cyst in the prostata gland, complicated with cysts in the peritoneal cavity. Amer. med. News. Nov. 7. — 54) Waltz, Gustav, Ueber einen Fall von totaler Prostata-Hypertrophie behandelt mit Heilgymnastik u. Massage. St. Petersburger med. Wochenschrift. No. 4. (Der 69jähr. Pat. hatte ausserdem arteriosclerotische Kreislaufstörungen.)

Alexander's (1) gleichzeitig perineales wie suprapubisches Verfahren der Prostatectomie unterscheidet sich von der analogen Operation Nicoll's wesentlich dadurch, dass die Urethra in der Pars membranosa vor Ausspülung der Prostata vom Damm aus eröffnet, und nach der Operation die Blase, sowohl vom Damm aus, wie vom Bauch aus drainirt wird. Die der Prostata entsprechende Schleimhaut der Harnröhre und Blase bleibt intact.

Von 8 seit 1894 so behandelten Fällen starben 2, hauptsächlich, weil zu spät operirt. Bestehen schon vorgeschrittene Nieren- und Blasenveränderungen, so kann es zuweilen sich empfehlen, wie es A. in einem seiner Fälle gethan, als Voroperation die Harnröhre zu eröffnen und die Blase eine Zeit lang zu drainiren, ehe man die Prostatectomie macht. Blasendrainage ist überhaupt eine Vorbedingung für das Gelingen des ganzen Eingriffs. Wie weit die Blase wieder selbstthätig sein kann, ist von ihrem Zustande vor der Operation bedingt. Selbst aber wenn der Catheterismus nachher noch erforderlich sein sollte, ist er leichter ausführbar. Allerdings sind Recidive nicht ausgeschlossen.

Bakó (2) führt ein Beispiel an, dass bei den sonst für die Zerreissung der Harnröhre als ursächlich gehaltenen Beckenbrüchen die Harnröhre nicht unbedingt verletzt zu sein braucht, bezw. die Verletzung so unbeutend sein kann, dass der Kranke selber nichts davon weiss, dass er sich mit einem früheren Beckenbruche auch eine Strictur zugezogen hat.

Der betr. 39jähr. Pat., der immer schon an schwachem Harnstrahl gelitten, konnte nach einem Fall auf die linke Seite nur mit dem Catheter noch uriniren. Man fand an der Schamfuge eine grössere Knochenmasse und eine zweite noch grössere am Ram. horizont. pubis, welche sich auf den linken Ramus descend. fortsetzte. Symphyse und zerbrochener Theil des Ram. horizont. pub. sind in das Becken hinein verschoben. Auf Befragen gab Pat. eine entsprechende im 9. Lebensjahr erlittene Verletzung zu. Er sei 2 Monate bettlägerig gewesen, und erst nach $^1/_2$ Jahre konnte er wieder gut gehen. Harnstörungen aber hatte er nicht, obschon am Damm eine nicht mit dem Knochen zusammenhängende narbige Verhärtung zu erweisen. Vom Orif. ext. urethrae 12 cm entfernt findet sich eine nur für No. 13 passirbare Strictur. Die Blase liegt links im Becken, eine Axendrehung der Urethra verursachend. Die Therapie bestand in regelmässiger Entleerung der Blase sowie, täglicher Ausspülung mit Sol. argent. nitr. von $^1/_{10}$ pCt. Der Residualharn, der Anfangs = 500 g war, wurde hierdurch auf 50 g herabgesezt.

Gegen Mougeot präcisirt Bazy (3) die Anzeigen der Cystostomie bei Prostata-Hypertrophie in Uebereinstimmung mit der im vorigen Bericht referirten, unter Guyon' verfassten Arbeit von Michon in folgender Weise: I. Anzeigen, welche allen Harnkrankheiten gemeinsam sind: 1) Schmerz; 2) starke Blutung; 3) Infection.

Unter 3 neuerdings von B. behandelten Prostati-

kern genügten bei 2 der Verweilcatheter und Antipyrin-Spülungen der Blase; nur bei dem dritten Pat. musste wegen sehr heftiger Blutung die Blase eröffnet werden. Nach Entfernung eines grossen Gerinnsels vom Blasengrunde, sah man die Prostata als rundlichen Geschwulstkranz vorspringen und an dessen linker Seite eine kleine Stelle, aus der eine arterielle Blutung kam. Cauterisation, Zerstörung der Prostata, grösstentheils mit dem Glüheisen, Blasentamponade, Heilung. Uebrigens ist B. in einem weiteren Fall sehr inficirter Blase ohne Operation ausgekommen und zwar trotz der Complication mit einem Steinrecidiv (die beiden Steine waren nicht weniger als 120 g schwer). In einem anderen ähnlichen Fall machte B. die Lithotripsie mit Erfolg.

II. Von den bei Prostatikern speciell massgebenden Anzeigen lässt B. nur zu: 1. Unmöglichkeit des Catheterismus. 2. Falsche Wege. 3. Mit Schmerzen wiederkehrende Schwierigkeiten des Catheterismus. Langsame Zunahme der Blasenausdehnung complicirt mit Uriniren „par regorgement" und Nieren-Insufficienz.

Inzwischen ist B. in einem Fall von falschen Wegen mit dem Verweilcatheter ausgekommen. Dagegen wurde in einem Falle von Ischuria paradoxa die Cystotomie nöthig; der Schluss der Blasenbauchfistel gelang hier erst durch ihre nachträgliche Spaltung und Verweilcatheter. Zum Schluss wird noch ein weiterer Fall, der die Schwierigkeit der Blasenbauchfistel zu schliessen, darthut, in extenso beigebracht.

Von Bottini (4) liegt eine längere Arbeit über galvanocaustische Behandlung der Harnverhaltung bei Prostatahypertrophie vor, enthaltend einen historisch-kritischen Theil, in welchem B. sich über die geringe Verbreitung des von ihm seit 15 Jahren geübten galvanocaustischen Verfahrens beklagt, und einen von 3 Operationsgeschichten begleiteten chirurgisch-technischen Abschnitt. Nur dieses kann Gegenstand des Referates sein; wenn dasselbe Vielen ungenügend erscheint, so beruht dieses auf der wenig befriedigenden Darstellung des Originales. Die Beschreibungen werden sämmtlich dadurch beeinträchtigt, dass der Autor sich auf frühere Veröffentlichungen bezieht, ohne sie ausreichend zu recapituliren. Von seiner in Karten abgebildeten neuen Batterie erfahren wir, dass die in Deutschland verfertigten Batterien meist zu schwach sind, diese aber nach dem Typus der früheren B.'s, jedoch in grösseren Verhältnissen und mit bedeutsamen Verbesserungen gebaut ist. Sie hat besondere bis jetzt noch nicht angewandte Platten; dieselben besitzen eine bis jetzt noch von keinem Typus erreichte Capacität: Die Batterie wiegt mit Kasten 15 kg, hat 140 Ampères-Stunden mit 4 Volts. Beleuchtung kann sowohl getrennt als mit der thermatischen Wirkung statt haben, ohne dass letztere geschwächt wird. Beliebig kann man die Batterie als Kette oder Säule anwenden, was durch einen Zeiger markirt wird. Durch einen graduirten Rheostaten lässt sich die Hitze beliebig abstufen; diese bleibt dann stundenlang unverändert. Die Batterie wird geladen, ohne den Deckel zu öffnen durch eine Bunsen-Batterie, eine Dynamomaschine bezw. durch den Draht der öffentlichen Electricitätswerke. Die Batterie wird in Italien (Pavia, Mailand) hergestellt, ebenso ein kleineres für Beleuchtung dienendes Modell. Für sonstige Zwecke besitzt das gewöhnliche Modell soviel thermische Kraft, um ein Messer oder eine Messerklinge glühend zu machen. Die für die Prostata bestimmten Instrumente sind die früheren. B. zieht aber mehr den Incisor dem Cauterisator vor. Letzterer gleicht der Mercier'schen Sonde, für starke Hypertrophien wird eine mit 5 cm längerer Stange gebraucht. Vor jeder Application wird das Instrument an feuchter Gaze, einer Kartoffel oder einem Apfel geprobt. Die Wirkung der Cauterisation ist so, dass der Operirte erst nach 14 Tagen nach Abstossung der Schörfe spontan urinirt, volle Heilung nach ca. 1 Monat erfolgt. Die Vorbereitung besteht in Blasenentleerung durch einen Nélaton-Catheter, und Anästhesirung der Urethra durch Belassung einer Salzsäure-Cocainlösung von 1 pCt. in ihr. Zur Nachbehandlung wird in 24 Stunden 4 mal durch einen Nélaton die Blase entleert, der Abstossung der Schorfe später durch Spülung mit Borlösung von 4 pCt. nachgeholfen. Die Incision ist der Cauterisation bei stärkerer Hypertrophie, speciell der oberen Prostata-Gegend, vorzuziehen. Dass B. seine sämmtlichen Operationen gelungen (auch bei Pat. von 80 Jahren), schreibt er der genauen Vorprüfung der Instrumente zu, vor Allem aber der genauen Ueberwachung ihrer Wirkung während der Operation, sowohl des Brenners als der Function des Kühlwassers.

Cabot (7) behandelt wiederum eingehend die Frage der Castration bei Prostata-Hypertrophie. Die Zahl der von ihm verwerthbaren derartigen Operationen beträgt jetzt 203 mit † 39 (19,4 pCt.). Von 51 seit 1889 gemachten Prostatectomien vom Bauch her starben 9 (17,6 pCt.). Sehr ungünstig steht die Ligatur, bezw. Durchtrennung des Vas deferens mit 21 Fällen, darunter † 7, da. Einseitige Castration ist so selten gemacht, dass sie nicht zu berücksichtigen ist. Dass bei der Castration ein gewisser, dem Körper nöthiger Stoff entzogen wird, glaubt C. einer Beobachtung zu entnehmen, in der die psychischen Symptome nach der Castration durch Darreichung eines Hodensubstanz-Präparates günstig beeinflusst wurden. Die Folgerungen C.'s sind im Uebrigen nachstehende.

Betreffs der Sterblichkeit ist die Prostatectomie in leichtem Vortheile gegen die Castration und dürfte dieser Vortheil sich mit den technischen Verbesserungen demnächst vergrössern. Prostatectomie hat ferner den Vortheil, eine gründliche Prüfung der Blase und eine richtige Ansicht über vorher nicht vermuthete Zustände zu gestatten. Steine werden auf diese Weise, ohne die Bedeutung der Operation zu erschweren, entfernt. Prostatectomie zwingt dagegen den Pat. zu längerer Bettruhe, und ist ausnahmsweise (1 mal unter 42 Operationen) Ursache einer Fistel. Die functionellen Ergebnisse beider Operationen sind nahezu gleich, ebenso die Neigung zu Recidiven. Die Grössenabnahme der Prostata beruht nach der Operation wesentlich auf Minderung der Congestion. Später greifen wohl Entartung und Aufsaugung grosser Theile der Drüse Platz. Castration ist am wirksamsten bei Compression der Urethra durch die Seitenlappen. Prostatectomie hat die weitere Indication, am nützlichsten ist sie bei Klappenverschluss und dürfte ein guter Chirurg kaum einen Fall von Obstructio prostatica nicht mit ihr beherrschen können.

Nach eingehender Kritik der theoretischen Begründung sowie der bisherigen Statistiken der Behandlung der Prostata-Hypertrophie durch Castration theilt Czerny (10) 3 einschlägige Fälle eigener Beobachtung mit im höchsten Grade trostlosem Ausgange mit.

Bei allen 3 Pat. zeigte sich (in Uebereinstimmung mit Bruns) rapider Verfall der Kräfte nach der Operation. Der eine Pat., ein 63 jähr. Mann, bei dem

die Prostata per rectum etwas verkleinert schien, starb nach 16 Tagen an Pneumonie; die Section zeigte vorgeschrittene Blasen- und Nierenerkrankung, Atherose, Hypertrophie, speciell des Mittellappens, Abscedirung beider Castrationswunden. Bei den beiden anderen, einem 67 und 71 jähr. Mann, war die Wirkung des Eingriffes auf Harnentleerung und auf Grösse der Prostata gleich Null.

Mit Rücksicht auf eine bei der Kürze der Beobachtungszeit in diesen beiden Fällen nicht ganz ausgeschlossene Besserung in der Zukunft will Cz. die Anzeigen für die Castration bei Prostatahypertophie sehr eingeschränkt wissen. Vorgeschrittene Cysto-Pyelonephritis und Nierenerkrankung sowie hochgradige Altersveränderungen schliessen die Castration aus; am besten eignet sie sich vielleicht bei frischer Harnverhaltung mit starker venöser Hyperämie einer gleichmässig hypertrophirten Prostata, doch ist sie hier besser durch die minder eingreifende und weniger verstümmelnde Ligatur des Vas deferens zu ersetzen. Bei umschriebener Geschwulst und bei Klappenbildung seitens der Prostata empfiehlt Verf. auf Grund eigener Erfahrungen eine häufigere Anwendung der galvanocaustischen Incision nach Bottini mittelst vorheriger Cocaïnisirung und verbesserter Apparate.

Ausgehend von der Seltenheit der Neubildungen der Prostata und speciell des Sarcoms, von dem Engelbach gegenüber von 48 Carcinomen nur 7 Fälle beigebracht, liefert Duprez (12) eine 42 Seiten starke Monographie über das Prostata-Sarcom, von dem er einschliesslich einer eigenen Beobachtung 15 Vorkommnisse gesammelt hat. Die Arbeit zerfällt in: I. einen pathologisch-anatomischen und die einzelnen Fälle wiedergebenden Abschnitt; II. einen klinischen Theil; III. eine Studie über die Metastase des Prostatasarcoms nach dem Schulterblatt, bezw. IV. die Beziehungen des primären und secundären Tumors u. A. Zum Schluss eine Literaturübersicht.

D.'s noch nicht veröffentlichter Fall betrifft einen 73jähr. Patienten, der mit einer in Folge Tragens einer schweren Last unter Schmerz acquirirten Subluxat. hum. sin. erst vorübergehend, dann aber mit Blasenbeschwerden und acuten Entzündungssymptomen der Schulter wieder zur Aufnahme kam. Bei einem Resectionsversuch fand man ein Sarcom; man stand von jeder Radicaloperation ab; † bereits am Nachmittag in Folge Blutung. Bei der Autopsie Altersveränderungen. Bei Lebzeiten hatten die geringen Beschwerden, die Seltenheit eines Prostatatumors und die Unmöglichkeit, ihn bei seinem ungenügenden Hervortreten vom Rectum her zu fühlen, die Diagnose gehindert. Die Prostata bot zwei Auftreibungen, eine grössere nach der linken, eine kleinere nach der rechten Vesic. semin. zu. Die Harnröhre wie bei gutartiger Hypertrophie verändert. Oberes und äusseres Drittel der Scapula von einem apfelgrossen weichen, von dünnen Knochensplittern umhüllten Tumor eingenommen; Proc. coracoid. nnd Acromion nicht betheiligt. Microscopisch ergab sich ein Sarcom der Prostata mit theilweiser Anordnung in Alveolen, deren Unterscheidung von carcinomatösen Alveolen durch den Mangel eines Endothels, einer perialveolären Bindegewebsinfiltration, der Existenz intraalveolärer Gefässlücken gelang. An der Peripherie Musculatur und fibröses Gewebe Altersveränderungen bietend, aber erhalten.

Im Ganzen ist das Rundzellensarcom am häufigsten, am meisten erkrankten alte und ganz junge Männer. 4 über 50 und 5 unter 8 Jahren; Durchschnittsalter 21 Jahre. Betheiligung der Blase ist sehr selten, mehr die Verbeitung im kleinen Becken. Klinisch ist eins der ersten subjectiven Zeichen Störung der Harnentleerung, auf Verhaltung folgt Entleerung per regorgement. Schmerz ist mit dem Uriniren verbunden, spontan und entweder local bedingt durch Spannung der Kapsel der Prostata, oder ausstrahlend bei Druck des sich vergrössernden Tumors auf den Plex. sacralis. Frühzeitige Schmerzen sind ein werthvolles, allgemeine Cachexie ein unsicheres Zeichen. Blutungen sind relativ häufiger und stärker wie bei Prostata-Hypertrophie. Für die Diagnose ist die bimanuelle Palpation ausschlaggebend. Im Ganzen sind die ausstrahlenden Schmerzen häufiger beim Krebs, ebenso die voluminöse Geschwulstbildung. Während der Krebs mehr durch die Lymphbahnen, verbreitert sich das Sarcom mehr durch die Blutgefässe; am häufigsten sind noch Becken- und Lenden-, in einzelnen Fällen auch die Leistendrüsen betheiligt. In der schlechten Prognose sind Krebs und Sarcom gleich; letzteres verläuft bei Knaben in 3—7 Monaten, beim Erwachsenen in 7 Monaten bis 9 Jahren (im Durchschnitt in 2—4 Jahren). In einzelnen Fällen hat man operative Behandlung versucht, so Démarquay und Billroth, dessen Pat. noch 1 Jahr und 2 Monate die Heilung überlebte. Die meisten Fälle sind indessen inoperabel.

Ein grosser Theil des Arbeit gilt dem Bericht über die Ergebnisse der microscopischen Untersuchung der Schulterblattverbildung, welche als Sarcoma haematodes globocellulare sich herausstellt. Die genaue Prüfung der Einzelheiten zeigt, dass dasselbe secundär, das Prostatasarcom primär ist. Die Entstehungsweise dieses ist durch sog. retrograde Verschleppung, nicht durch Embolie zu erklären, zumal da letztere meist mehrfache Metastasen bedingt.

Ein längerer Vortrag von Englisch (14) über die neueren Behandlungsmethoden der Prostatahypertrophie stellt folgende Anzeigen auf:

1. Bei geringen Beschwerden ohne Residualurin palliative Behandlung, Versuch der Fütterung mit Prostatapastillen. — 2. Bei geringem Residualurin und geringen Beschwerden regelmässige Entleerung der Blase, so lange der Harn normal bleibt; Versuch der Fütterung. — 3. Residuum von zersetztem Harn mit heftigen Beschwerden: Doppelseitige Ligatur mit Excision der Vasa deferentia oder Castratio duplex. — 4. Epicystotomie mit Abtragung des Mittellappens hängt in den Endresultaten von der Beschaffenheit der oberen Harnwege ab.

Die Beurtheilung der Erfolge der einseitigen Durchtrennung des Vas deferens hängt nach Harrison (19) vielfach von den begleitenden Verhältnissen ab. In einem Falle dauert die Beobachtung des günstigen Erfolges erst einen Monat, in einem zweiten wurde gleichzeitig mit Ausräumung von Phosphatresiduen eines Steines bis jetzt nur eine Besserung erzielt.

Statt der Castration bei Prostatahypertrophie hat Helferich (20) vor einem Jahre zuerst die Evulsion des Vas deferens ausgeführt, diese aber nach dem zweiten Fall aufgegeben, weil nach dem an Pyelonephritis erfolgten Tode die Section ausgedehnte Sugilla-

tionen in der Gegend der Samenbläschen resp. der Hinterseite der Harnblase ergab.

Seitdem hat er die Resection eines Stückes des Vas deferens in 9 Fällen (in den letzten ohne jede Narcose) gemacht, und er erachtet diese als eine ebenso leicht ausführbare wie harmlose Operation, deren Ergebniss in fast allen Fällen Besserung der Harnentleerung und der subjectiven Symptome war. Dagegen war in einer kleineren Anzahl von Fällen Verkleinerung der vorher abnorm grossen Prostata wenigstens vom Mastdarm aus nicht zu constatiren, und in einem Falle machte sich vorübergehend lästiger Harndrang geltend. Ueberhaupt war in mehreren Fällen eine Besserung nach der Operation nicht zu constatiren. Worauf im Uebrigen ein etwaiger Erfolg beruht, entscheidet Verf. nicht; es ist wohl kein Zweifel, dass hier nervöse Einflüsse mitspielen. Ob die Resection des Samenleiters das Gleiche leistet, wie die Doppelcastration, wagt Verf. ebenfalls nicht abzuurtheilen.

Neben den günstigen Berichten über die Erfolge der Castration und ähnlicher Operationen bei Prostatahypertrophie sind auch **ungünstige Erfahrungen** zu registriren. **Kelsey's** (25) 69jähriger Pat., der seit 2—3 Monaten nur vom Catheter abhängig war, hatte ausser seiner Prostatahypertrophie noch einen rechtsseitigen Leistenbruch und links eine Hydrocele. Beide wurden gleichzeitig mit der Castratio duplex beseitigt. Trotz fortgesetzter Catheterbehandlung und Blasenspülung wurde 3 Wochen später Sect. perineal. mit Drainage erforderlich. Pat. starb dann $5^1/_2$ Wochen nach der Castration an Nephritis. Die Prostata, 45 gran schwer, $1^3/_4 : 2^1/_2 : 1''$ messend, bot macroscopisch auf dem Durchschnitt adenomatöse Herde, microscopisch Ueberwiegen des fibrösen über das Muskelgewebe, die Drüsenepithelien in keiner Weise von der Norm abweichend. Die weitere genaue Prüfung vom gefrorenen Präparat entnommener gefärbter wie ungefärbter Schnitte bestätigte, dass die Prostata keine atrophische oder degenerative Veränderung bot.

Ein anderer ungünstiger Fall ist der von **Townsend** (47), wegen dessen Einzelheiten auf den Titel verweisend, wir hier nur hinzufügen, dass der Tod acht Tage nach dem hohen Steinschnitt, 15 nach der Castration erfolgt ist. Leider fehlt eine Section.

Mac Ewan (30) leitete durch längeren Vortrag eine grosse Debatte auf dem Meeting der Brit. med. Assoc. zu Carlisle über die **Behandlung der Prostatahypertrophie** vornehmlich durch **Castration** und **Resection des Vas deferens** ein. Er selbst hat das erstere Verfahren bei 3 Patienten geübt, darunter bei einem mit günstigem, bei den beiden anderen mit mässigem bezw. fehlendem Erfolg, soweit dieses die relativ kurze Beobachtungszeit erkennen lässt. Von den beiden mit Resection des Vas. deferens durch ihn behandelten Fällen starb der eine nach 1 Woche an Urämie, der andere bot zwar functionelle Besserung, doch blieb das Volum der Prostata unverändert. Seine Schluss-Thesen gehen dahin,

1. dass in einem erheblichen Theil der Fälle Castration zu Atrophie der Prostata führt, indem der eine physiologische Stoff verloren geht, der zu ihrer Ernährung erforderlich ist; 2. die Atrophie erfolgt am leichtesten bei den weichen elastischen Formen der Hypertrophie, kann aber auch bei der harten Form, selbst bei gleichzeitiger Arteriosclerose, eintreten; 3. der beste Erfolg wird bei allgemeiner Hypertrophie der Drüse erzielt. Die aufsitzende Vergrösserung des Mittellappens kann durch Castration zurückgehen, intravesicale Auswüchse sind dagegen in der Regel mehr für Prostatectomie geeignet; 4. nicht zu weit gediehene Cystitis kann geheilt werden; 5. höhere Grade von Cystitis und gleichzeitigen störenden Blasensymptomen, sowie septischer Niereninfection haben grösseren Vortheil von Blasendrainage; 6. Blasencontraction kann selbst nach jahrelangem Cathetergebrauch sich wieder einstellen; 7. auch wenn willkürlich Blasenthätigkeit nicht wiederkommt, so kann doch Castration Erleichterung schaffen, wenn der häufige Catheterismus schmerzhaft und schwierig ist; 8. mit der erwähnten Ausnahme giebt Castration ebenso gute Resultate wie Prostatectomie, jedoch mit geringerer Sterblichkeit; 9. Resection des Vas. deferens wirkt langsamer auf die Verkleinerung der hypertrophischen Prostata als Castration; 10. es ist aber die einfachere Operation, der der Kranke eher zustimmt, und kann daher früher als diese empfohlen werden.

Die Redner sprachen sich im Allgemeinen sehr vorsichtig über die Castration resp. Resection des Vas deferens aus. **R. Harrison**, der von 12 Fällen letzterer einseitig ausgeführten Operation mit 7 positiven und 5 negativen Erfolgen zwei in extenso erzählt, und unter 10 Patienten die Resection auf beiden Seiten, und zwar zu 2 durch eine Frist von ca. 1 Monat getrennten Zeiten bei je 5 mit resp. ohne Erfolg verrichtet hat, schliesst damit, dass wir noch mehr Erfahrungen sammeln müssten über die Fälle, in denen der eine oder der andere Eingriff angezeigt ist. **Mansell Moullin** empfiehlt für viele Fälle die Prostatectomie, die zwar im Allgemeinen, weil vielfach in vorgeschrittenen Fällen gemacht, eine ziemlich hohe Sterblichkeit hat, welche aber von ihm 5 mal mit † 0, von **Mayo Robson** 11 mal mit † 1 gemacht ist. Von den Operationen an den Geschlechtsdrüsen kann er nur die Castratio duplex empfehlen. Er hat diese 11 mal verrichtet, 3 mal mit tödtlichem Ausgang (durch Urämie resp. Herzschwäche und Hirnschlagfluss). Bei zwei traten zwar nicht psychische, aber anderweitige störende Symptome auf. Die Resection des Vas deferens, bei 3 Pat. ausgeführt, hatte 1 mal tödtlichen Erfolg, 2 mal guten Erfolg auf die Function, aber Fehlen eines solchen bezüglich der Hypertrophie selbst.

Im Uebrigen sachlich wenig Neues; zu erwähnen ist der drastische Ausspruch von John **Chiene**, Professor in Edinburgh und Schüler Lister's, dass ein Mann besser mit einer Dammdrainage, als ohne beide Hoden lebe.

Martius (31) hat unter den seit 1880 im pathol. Institut zu Greifswald gemachten Sectionen 36 Fälle von Hypertrophie der Prostata neben 7 mal Carcinom dieser gefunden. In beiden Fällen sind die Folgen die gleichen. In 10 Fällen von gewöhnlicher doppelseitiger und 2 von zweifelhafter Hypertrophie (26,1 pCt.) fehlen Folgeerscheinungen. Die Erkrankung der Vorsteherdrüse war ein Nebenbefund. Allgemeine Hypertrophie bestand 7 mal, 2 mal waren die Seitenlappen bis Wallnuss-gross; 1 mal der Mittellappen Haselnuss-gross. Die Altersangaben betr. des Vorkommens der Prostatahypertrophie enthalten nichts Neues.

Von 12 Fällen von Castration bei Prostatahypertrophie unter **Moullin** (35) 2 am 9. resp. 5. Tage an Herzschwäche, resp. Hirnapoplexie, zwei andere 88, bezw. 80 Jahre alt, starben innerhalb der ersten sechs Monate nach der Operation, welche nach M.'s Ansicht lediglich das Leben verlängert hatte. In 2 weiteren Fällen, in denen übrigens nur 1 Hoden entfernt worden war, folgte der Operation 1—2 Tage heftiges, aber nicht tödtliches traumatisches Delirium. In allen Fällen, selbst in dem am 5. Tage tödtlichen, war eine Besserung des Hindernisses in der Urethrallichtung deutlich; bei der Section des am 9. Tage gestorbenen Pat. fand

man die den Vorsprung der Prostata in die Blase überziehende Schleimhaut geschrumpft, microscopisch aber bei der Prostata selbst keine Atrophie. Eine entsprechende Besserung der Harnentleerung war einige Male schon nach etlichen Stunden zu erkennen, endgiltig nachweisbar aber stets nach Ablauf von 1 Woche. Der Schwund der von der Prostata gebildeten Geschwulst war ein Paar Mal so vollständig, dass man den Catheter gänzlich vom Rectum her durchfühlen konnte. Sehr auffällig ist die viel schnellere Besserung der Harnverhaltung nach der Castration gegenüber der bei Catheterbehandlung, immerhin ist nur ein kleiner Theil der Wirksamkeit ersterer auf Herabsetzung der Congestion zu schreiben. Zum Schluss erörtert Verf. die Möglichkeit des Ersatzes der Castratio duplex durch die einseitige Orchotomie (welche sich bei lediglich seitlicher Prostata-Hypertrophie empfiehlt), oder durch Unterbindung des Vas deferens.

Mit wie bescheidenen Erfolgen sich nach Castratio duplex nicht nur die Prostatiker, sondern auch ihre Aerzte zufrieden zu geben wissen, zeigen die im Literaturverzeichniss mit Bemerkungen bereits versehenen 6 einschlägigen Fälle von Pilcher (39). (Ref. möchte bezweifeln, ob eine Remission von 3 Monaten im Laufe einer Prostatahypertrophie überhaupt irgend eine wirkliche Bedeutung hat.)

Sackur (42) kommt in längerer Abhandlung über die neuere Therapie der Vorsteherdrüsen-Hypertrophie zum Schluss, es sei sehr wohl denkbar, dass wie in anderen Organen auch im Hoden ein Stoff, gleich viel, ob er in Spuren enthalten sei oder nicht, zur Resorption käme. Dessen Ausfall vor der Geschlechtsreife hindert die Ausbildung des männlichen Typus, später führt er zur Rückbildung der accessorischen Keimdrüsen (Prostata und Samenbläschen). Auf Grund dieser Hypothese lässt sich u. A. erklären die Hypertrophie des restirenden Testikels nach der einseitigen Castration bei Ausbleiben der Prostata-Atrophie. Schliesslich würde die Annahme, dass bei der Castration dem Körper die Productions- und Resorptionsstätte für seine wesentlichen Stoffe fehlt, ein Licht auf die relativ häufigen, der Operation zur Last gelegten Todesfälle werfen. Ein directer Beweis, dass die Hoden eine derartige Rolle im Organismus spielen, lässt sich nicht erbringen. (Quo usque tandem! Wann wird endlich eine auch die entwickelungsgeschichtliche Seite berücksichtigende vergleichende Anatomie der Prostata in erschöpfender Weise gebracht werden, aber nicht von einem Orchidectomisten, sondern von einem Fach-Anatomen oder Zoologen?! Ref.)

Bei der grossen Beliebtheit, welche sich die Behandlung der Prostatahypertrophie durch Castration erfreut, giebt Socin (43) einige drastische Beispiele der Unrichtigkeit der von den Gönnern dieser Behandlung gebrachten anatomischen und vergleichend anatomischen Vergleichsmittel. Unter Anderem zeigt er an Präparaten, dass keineswegs die Prostata eines Ochsen kleiner ist als die des Stieres, und wenn auch Schrumpfungszustände bestehen, von einer totalen Atrophie keine Rede ist. S. selbst hatte 11 Jahre nach der wegen Tuberculose erfolgten Entfernung beider Hoden einen Patienten untersucht. Seine Geschlechtsfunctionen werden von ihm als befriedigend angegeben, doch ist die Ejaculation minimal. Prostata bohnengross, Samenbläschen als kleine Stränge zu fühlen. Pat. war zur Zeit der Entfernung der Hoden 30 bezw. 31 Jahre alt. Immerhin muss es zweifelhaft bleiben, ob die Rückbildung der hypertrophischen Prostata nach der Castration in einem Alter, in dem die Hoden schon senil atrophisch sind, noch erfolgt. Bei näherer Prüfung der practischen Erfolge der Castration sowie der Samenstrangresection findet S. das Vertrauen in die günstigen Zahlen der Statistiken schwinden. Schon die Verschiedenheit des Materials, der Glaubwürdigkeit der einzelnen Mittheilungen und nicht zum wenigsten der Werthschätzung der einzelnen Symptome und die Mangelhaftigkeit der Angaben über diese fordern zur Skepsis auf. Das Zurückgehen der durch Congestion einem häufigen Wechsel in der Grösse der Anschwellung unterworfenen weichen Atrophie erklärt S. durch Depletion der Gefässe nach der Nervendurchschneidung. Von 8 eigenen Operationen ergab nur 1 bescheidene Besserung, in den übrigen war das Ergebniss Null. Krönlein hatte in 2 Fällen ebenfalls keinen Erfolg, ebenso auch nicht Kraske in 1 Fall; mit Czerny's 3 Fällen 13 gute Beobachtungen, die nicht für die neue Behandlung begeistern. Jedenfalls fehlen bestimmte Indicationen für dieselbe, so sehr sie auch als unfehlbares Mittel angepriesen wird. Der Vollständigkeit halber machen wir auf die vernichtende Kritik von Bazy (3) über die neueren Behandlungsweisen der Prostatahypertrophie aufmerksam.

Vautrin (48) empfiehlt auf Grund von 3 kurz mitgetheilten Beobachtungen im Beginn der Prostatahypertrophie electrolytische Behandlung. Bei der Retention fanden die Boutonnière und die Cystostomie Anwendung, doch vermag die Castration oder vielmehr die Resection der Samenleiter als ungefährliche, oft wirksame Methode gute Erfolge zu liefern. Prostatomie und Prostatectomie sind Ausnahmemethoden.

Verhoegen (49) setzt auseinander, dass die im Bericht pro 1891. II. S. 238 erwähnte Beschreibung der Dittel'schen Ablösung des Mastdarms durch Zuckerkandl nicht identisch ist mit dieser. Zuckerkandl macht einen mit der Basis gegen das Kreuzbein gerichteten Lappenschnitt, dessen querer Schenkel 6 bezw. 8 cm vor dem Anus liegt, dessen divergirende Seitenschnitte aber 3 cm lang sind. Nachdem man den Sphincter passirt, wird stumpf präparirt, die vordere Rectumwand zum Kreuzbein gedrängt, ev. die von den Schambeinen kommenden Schenkel des M. levator ani (Adductor prostatae) durchtrennt. Hierbei werden die Verbindungen des Plex. haemorrh. mit dem Plex. prost. verletzt; dagegen liegt die A. transv. perin. ausser Bereich der Wunde. V. operirt nun so, dass der Kranke mit auseinander gehaltenen, stark angezogenen Oberschenkeln liegt, so dass die Linea biischiadica nicht dicht vor, sondern 2 cm vor dem Anus läuft. Der erste Transversalschnitt, 9 cm lang, soll vor dem Rand des Sphinct. ani vorbeiführen: fühlt man diesen Rand noch durch, so soll der Schnitt 2—3 cm von ihm nach vorn gehen. Vom Querschnitt gehen 2 Schnitte divergirend nach hinten, einer an den Sitzknorren vorbei, 3—4 cm. Der Lappen wird später nach hinten gezogen. Während ein Catheter in der Blase liegt, wird der hintere Schnittrand vom Rectum aus mit dem eingeführten Finger gefasst und dann Schritt für Schritt das aus dem Sphinct.

ani, dem Bulbocavernosus und dem Transv. perin. superf. gebildete Septum perinaei getrennt. Im Weiteren muss man sich nicht zu nahe an der vorderen Rectalwand und nicht zu sehr am Bulbus halten. Von 3 cm Tiefe an wird stumpf vorgegangen, und stärkere Bänder mit der Scheere durchtrennt. Die schrägen Einschnitte sind insoweit zu vertiefen, dass auch die Schenkel des M. levator ani durchtrennt werden. Jetzt wird der Mastdarm zum Os sacrum gezogen.

Will man weiter zum Blasenfundus, so ist künstlich oder mit der Scheere die entsprechende Schicht des M. levator zu durchtrennen. Je mehr man den vom Mastdarm gebildeten Lappen nach hinten zieht, desto flacher wird die Wundhöhle, und ist das der Hauptvortheil gegenüber den Operationen von Zuckerkandl und Dittel.

Practisch erprobt ist vorstehendes Verfahren von V. in 3 Fällen von Prostatatabscessen, in 1 Fall ausgedehnter periprostatischer Phlegmone mit vorübergehender Besserung und tödtlichem Ausgange nach 3 Wochen, und in einem Fall von Prostataabscess, und endlich bei einer chronischen Prostatitis zu einer keilförmigen Resectio prostatae benutzt.

Da immer noch Fälle von Prostatahypertrophie existiren, die auf die Castration oder Samenleiterdurchschneidung nicht prompt reagiren, oder bei denen man auf deren Effect nicht warten kann, empfiehlt sich vielfach die Cystostomia suprapubica in Form der Witzel'schen Schrägfistel, welche hermetisch schliessend dem Pat. keine Beschwerden bereitet. Von 24 durch Wiesinger (52) so behandelten Patienten ist keiner in Folge des Eingriffes gestorben. Die Technik der Operation ist einfach. Die in Ausdehnung von 6 bis 8 cm durch Längschnitt freigelegte Blase wird dicht über der Symphyse an einer kleinen Stelle eröffnet und ein Nélaton 10—12 cm weit eingelegt, und sein äusseres Ende längs der freigelegten Blase 4—5 cm weit nach oben geführt. Die Blase wird über dem Catheter zusammengenäht und der so gebildete Canal 1—2 cm nach unten verlängert, um jeden Austritt von Harn zu hindern. Bei eitrig-jauchiger Cystitis lässt man den mit Heftpflaster an der Bauchhaut befestigten Catheter wie einen Heber wirken und die mit Jodoformgaze tamponirte Wunde durch Granulation heilen. Anderenfalls näht man bis auf eine abhängige Stelle, in die ein Drainagerohr kommt, die Wunde und verschliesst den Catheter mit einem im Harnbedürfniss abnehmbaren Stöpsel.

Winterberg's (53) Fall von Prostata-Echinococcen bei einem 51 jähr. Pat., wegen dessen Complicationen auf das Lit.-Verzeichniss zu verweisen, wurde ursprünglich als Prostata-Hypertrophie diagnosticirt. Wegen Harnverhaltung wurde die Sect. perin. gemacht. Bei dem Ausspülen von der Dammincision aus erschien plötzlich die Flüssigkeit im Anus, und man gelangte in einen Echinococcensack. Es wurden dann Tochterblasen entleert. Um die Rectovesical-Fistel zur Heilung zu bringen, machte man die Sect. alta und fühlte von der Blase aus eine Bauchgeschwulst, die aus 2 ovoiden je hühnereigrossen Massen bestand. Es zeigten sich jetzt noch mehr Tumoren nach der rechten Fossa iliaca zu. Nachdem die Blasenwunde geheilt, wurden diese extraperitonealen Tumoren entfernt, wobei das Bauchfell einriss und man auf einen Tumor der unteren Leberfläche kam. Nach Incision dieses und Entleerung von 1 Quart Flüssigkeit und Tochterblasen, sowie Auslöffelung der Membran, Heilung.

[1) Grosglik, S., Gummi der Vorsteherdrüse. Przegl. chirurgicrny. Bd. III. H. 1. — 2) Derselbe, Pathologie und Therapie der chronischen Prostatitis. Medycyna. No. 8—13. (Ein sehr fleissiges und genaues Studium über dieses Thema, bringt jedoch zumeist nur Allbekanntes.) — 3) Krynski, L., Ventrofixatio vesicae urinariae. Przeglad lekarski. No. 50. — 4) Szuman, L., Behandlung der Prostatahypertrophie nach der von Isnardi modificirten Ramm'schen Methode. Nowiny lekarskie. No. 1 u. 2. — 5) Zaleski, A., Ueber Radicaloperation der Hypertrophia prostatae. Kronika lekarski. No. 10—13. (Eine sehr fleissige Monographie, die jedoch nur Bekanntes bringt.)

Grosglik (1) berichtet über einen Fall von syphilitischer Affection der Vorsteherdrüse, welcher sich eng an den einzigen bis jetzt bekannten Fall von mit Sicherheit constatirtem Gumma der Prostata, welchen Reliquet beschrieben hat, anschliesst.

Ein 43 jähriger, seit Jahren mit einer chronischen Gonorrhoe behafteter, sonst gesunder Mann, verspürte vor 10 Tagen ohne bekannte Ursache einen Schmerz im Perineum, wobei sich auch schmerzhafter, äusserst häufiger Harndrang einstellte, so dass Patient selbst die Nächte schlaflos zubringen musste.

Die Untersuchung ergab folgenden Status: Aus der Harnröhre tröpfelt eine spärliche bräunliche eitrige Flüssigkeit, welche Eiter und Blutkörperchen, aber keine Gonococcen enthält, heraus. Der spontan entleerte, etwas trübe, saure Urin enthält Spuren von Eiweiss und im Sedimente ebenfalls Eiter und Blutkörperchen. Nélaton Catheter No. 19 passirt leicht, wobei circa $^1/_2$ Glas Residualharn entleert wird. Die Untersuchung durch den Mastdarm lässt eine riesige Volumzunahme bis zu Mannsfaustgrösse der Prostata constatiren. Der Tumor war knorpelhart, uneben, auf Druck sehr empfindlich, und schien im kleinen Becken wie fest eingekeilt.

Das klinische Bild erweckte den Verdacht auf Carcinom der Prostata u. z. umsomehr, als Patient eine syphilitische Infection anfangs absolut leugnete. Als er jedoch später dieselbe doch zugab, wurde versuchsweise eine energische specifische Cur eingeleitet, worauf die Geschwulst und alle mit derselben verbundenen Beschwerden binnen 4 Wochen vollständig zurückgingen. Im Laufe der Zeit stellte sich dieselbe Anschwellung der Prostata noch 2 mal ein, einmal gleichzeitig mit einer syphilitischen Affection des Halses, wich jedoch jedesmal einer antisyphilitischen Cur.

Krynski (3) räth bei Prostatikern die Hebung des Blasengrundes, behufs Beseitigung der retroprostatischen Bucht (Residualharn) durch Fixation der vorderen Blasenwand in einer kleinen, mehrere Centimeter oberhalb der Symphyse angelegten Laparotomiewunde mittels Naht auszuführen.

Szuman (4) hat die Unterbindung der Vasa deferentia wegen Prostatahypertrophie zweimal ausgeführt und hierdurch äusserst zufriedenstellende Erfolge erzielt. Namentlich verdient der erste Fall hier besonders erwähnt zu werden.

Ein 77 jähriger Herr, welcher bereits seit mehreren Jahren an Steinbeschwerden laborirte, bekam eine complete Harnverhaltung, welche in Anbetracht der Unmöglichkeit eines Catheterismus vom Verf. durch den hohen Blasenschnitt behoben wurde. Hierbei entfernte Verf. aus der Blase einen fast hühnereigrossen Stein, und überzeugte sich gleichzeitig, dass der mittlere Prostatalappen weit in das Blaseninnere emporragte. Naht der Blasenwunde. Die Einführung eines Verweilcatheters gelang nur mit äusserster Mühe. Der jeweilige Wechsel desselben war ebenfalls mit grossen Schwierig-

keiten für den Arzt und heftigen Beschwerden für den Patienten verbunden. Zu dem Allen stellten sich noch wiederholt eclamptische Krämpfe mit profusen Schweissen und hochgradiger allgemeiner Schwäche ein.

Verf. führte als letzten Versuch die Unterbindung beider Vasa deferentia aus. Der Erfolg war ein überraschender. Vom 3. Tage an war das Einführen des Catheters von Tag zu Tag zunehmend leichter, das Quantum des jeweiligen Residualharnes stets geringer, und nahm auch die Länge der Harnröhre um 6—7 cm ab, wie dies nach der Länge des während der Harnentleerung noch ausserhalb der Harnröhre befindlichen Catheterstückes beurtheilt werden konnte. Vom 22. Tage an begann Patient den Urin spontan zu entleeren und konnte mit der Zeit den Catheter vollständig entbehren. In dem zweiten Falle war das Resultat ein ähnliches. Verf. empfiehlt diese Operation sehr warm bei Greisen, warnt jedoch vor deren Ausführung bei jüngeren Männern, welche den Verlust der Potenz event. schwer empfinden dürften. **Trzebicky** (Krakau).]

1) Rissler, Z., Einige Fälle von Prostatahypertrophie, mittelst Castration oder Resection des Vas deferens behandelt. Kleinere casuistische Mittheilungen vom Maria-Krankenhause zu Stockholm. Hygiea. LVIII. 12. p. 662—673. — 2) Ekehorn, G., Beitrag zur Statistik über Castration bei Prostatahypertrophie. Ibid. 8. p. 148—153.

Rissler (1). I. 79 Jahre alt. Seit 3 Jahren Harnbeschwerden, für Prostatismus characteristisch. Dann und wann Blutungen. Vollständige Retention. Prostata vergrössert, ins Rectum stark hineinbuchtend, hart und knotig. Der Finger konnte nicht bis an ihren oberen Rand hinanreichen. Die Schwierigkeiten bei der Catheterisirung wurden immer grösser, bis es zuletzt unmöglich wurde. Eine Extraindication für die Epicystotomie (um die Harnblase zu drainiren) war der Verdacht auf Harnblasenstein. Die Harnblase war von einem einzigen grossen Blutkuchen ausgefüllt und enthielt daneben einen Oxalatstein, 2 cm im Durchmesser. Drainage. Nicht unwesentliche Besserung. Castration. 5 Wochen später konnte Pezzer's Catheter entfernt werden. Die Besserung im Urinirungsvermögen schritt stets fort, 2 Monate nach der Castration war der Residualharn noch 100 ccm, aber nach noch 18 Tagen konnte er den Harn mehrere Stunden halten. Harn klar. Prostata weich, verkleinert. Tod nach 2 Monaten.

II. 73 jähriger Witwer. Seit 6 Jahren Symptome von Prostatismus. Vollständige Retention. Prostata vergrössert, der linke Lappen mehr wie der rechte; ihre hintere Fläche glatt, nicht besonders hart; im unteren Theil ragte nur ein Zapfen ins Rectum hinein. Castration. Besserung. Residualurin 100—125 ccm. Prostata weicher und verkleinert. Cystitis ungebessert. Nach 4 Monaten war der Harn stark eitrig, aber Prostata noch kleiner und der Residualharn nur einige wenige Cubikcentimeter. Chronische Bronchitis. Noch nach 5 Monaten der Zustand sehr gut.

III. 77 jähr. Witwer. Harnbeschwerden seit langer Zeit. Vollständige Retention. Prostata bedeutend vergrössert, der rechte Lappen mehr prominent wie der linke. Bei der sehr schwierigen Catheterisirung ging ungefähr 1 Liter stark bluthaltigen Harns ab. Castration. Stete Besserung der Symptome der Harnorgane. Spontanes Harnlassen. Verschlechterung. Tod infolge Altersschwäche.

IV. 60 jähr. lediger Mann. Sehr enge, gonorrhoische Urethralstrictur mit zunehmenden Harnbeschwerden, Cystitis, Anämie und chronische Bronchitis. Keine Besserung ungeachtet Dilatation der Strictur und Localbehandlung der Harnblase. Prostata blieb bis zu einem gewissen Grade vergrössert und der Residualurin betrug 100—150 ccm. Doppelseitige Resection des Vas deferens und nach einer Woche wegen ausbleibender Besserung doppelseitige Castration. Erst nach ein paar Monaten zeigte sich eine jedoch ganz geringe Besserung. Prostata wurde etwas kleiner und bestimmt weicher, die Cystitis war gelinder. Er konnte arbeiten.

V. 84 jähr. Witwer. Seit vielen Jahren Harnbeschwerden und vielmals vollständige Retention. Arteriosclerosis. Prostata symmetrisch vergrössert, stark ins Rectum ausbuchtend, ihre obere Grenze vom passirenden Finger erreichbar. Der mit Catheter entleerte Urin war normal. Resection der beiden Vasa deferentia. Vollkommene Herstellung des Urinirungsvermögens. Nach beinahe 3 Monaten Fractura colli femoris mit vollständiger Retention. Heilung, aber keine Veränderung in der Consistenz und im Volumen der Prostata.

Verf. wirft folgende Fragen auf: 1. Hat die Castration wirklich eine Verkleinerung der Prostata zur Folge? Diese Frage wird überwiegend bejahend beantwortet. 2. Werden von derselben die Harnbeschwerden in günstiger Richtung beeinflusst? In den vom Verf. beobachteten Fällen I.—III. trat eine ganz bestimmte Linderung in den Harnbeschwerden ein, aber in keinem vollständige Heilung. 3. Können für den Allgemeinzustand des Organismus gefährliche Folgen aus dem genannten Eingriff sich entwickeln? In den 2 von R. beobachteten Fällen, welche ungefähr 3 Monate nach der Operation tödtlich endeten, konnte in keinem die Operation mit Gewissheit als beitragende Todesursache aufgestellt werden. Bei den beiden anderen Patienten, welche noch leben, ist keine augenfällige Herabsetzung des Allgemeinzustandes nach der Operation eingetreten. Die Wirkung der Resection der Vasa deferentia war schnell, augenfällig und andauernd, was die Wiederkehr der spontanen Miction betrifft.

Ekehorn (2). Fall 1. 70 Jahre alt. Symptome von Prostatahypertrophie seit vielen Jahren; seit einem halben Jahre Cystitis, welche während 2 Monaten jeder Behandlung im Krankenhause trotzt; sodann doppelseitige Castration mit vollständiger Besserung. Fall 2. 68 Jahre alt. Prostatahypertrophie mit Cystitis. Besserung. Seit mehreren Jahren Strangurie; jetzt vollständige Retetention mit Cystitis. Prostata etwas vergrössert, am meisten von Seite zu Seite; die Seitenlappen sehr hart. Wegen Verschlechterung des Blasencatarrhs und Unmöglichkeit, den Harn spontan zu lassen, doppelseitige Castration mit spontaner Heilung. 16 Tage nach der Operation fing er an selbst Harn zu lassen, Anfangs eine kleine Quantität täglich. Bei der Entlassung belief sich der Residualurin ungefähr auf 125 g. Fall 3. 62 Jahre alt. Prostatahypertrophie mit verhältnissmässig gelinden Symptomen. Vollständige Retention. Residualurin von ungefähr 500 g. Doppelseitige Castration mit normaler Heilung. Residualurin 75 g. Keine nennenswerthe Verkleinerung der Prostata. Fall 4. 73 Jahre alt. Prostatahypertrophie. Cystitis. Die nicht besonders vergrösserte Prostata war fest und hart, die obere Grenze leicht palpabel; am meisten vergrössert von Seite zu Seite, besonders nach rechts. Geringe Arteriosclerose. Doppelseitige Castration mit normaler Heilung. Konnte selber nur theilweise den Harn lassen, aber nicht mehr als 500 g in 24 Stunden. Er musste immerfort vom Catheter Gebrauch machen und wurde durch die Operation nicht gebessert. Residualurin 500 g.

A. Fr. Eklund (Stockholm).]

6. Krankheiten der Harnröhre.

a) Harnröhrenverengerung (äusserer und innerer Harnröhrenschnitt, Resection der Harnröhre).

1) Aievoli, Eriberto, Contribuzione alla clinica chirurgica dell' urethra maschile. Gaz. degli ospedali. (Kurze Wiedergabe 4 sehr verschiedenartiger Fälle.) — 2) Beckett, James, Report of a case illustrating the dangers of forcible and rapid dilatation in the treatment of urethral stricture. Amer. med. News. July. (43jähriger Pat., Harnabscess; man soll einen Dilatator und keine Bougies zur brüsken Dilatation nehmen.) — 3) Cappelen, A., Resection der Urethra mit plastischer Operation bei inoperabler Strictur. Cbl. f. Chir. No. 23. — 4) Fenwick, P. Clevell, Repair of defect in a strictured urethra by the transplantation of a portion of a sheep's urethra. Lancet. Febr. 8. p. 353. (Die einen 45jährigen Stricturkranken betreffende, aus Christchurch in Neuseeland stammende Notiz ist so kurz, dass nicht einmal erhellt, wie gross das implantirte Stück der Schaaf-Harnröhre war und ob diese Implantation oder die tiefe Incision zwischen einer alten Urethrotomie-Wunde und einer präprostatischen Harnröhrenincision [nach Cock] in den indurirten Damm zur Heilung geführt.) — 5) Fuller, Eugene, Good results following urethral resection. Amer. med. News. July 25. (Zwei Fälle, in denen 8 Tage lang ein Verweilcatheter vom Orif. ext. urethra aus liegen blieb.) — 6) Guitéras, Ransom, The treatment of stricture of the male urethra. New York med. Record. No. 14. (Bekanntes.) — 7) Mc Causland, J. W., External urethrotomy. Philad. med. and surg. Rep. Jan. 11. — 8) Müller, Friedrich, Aus der Poliklinik des Herrn Privat-Doc. Dr. Kallmann in Leipzig. Ein Fall von Exitus letalis 18 Stunden nach Sondirung der Urethra. Cbl. f. d. Krankh. der Harn- u. Sexualorgane. S. 137. (38jähr. Pat. mit Blasencatarrh und Strictur mässigen Grades. Metallsonde 21 passirte nicht, ebensowenig 23, bei Entfernung der Sonde geringe Blutung. Section ergiebt, nachdem 2 Stunden vor dem Tode bereits Herzschwäche bestanden, geringen Grad von Fettherz, Lungenoedem, alte verkalkte Herde in den Lungen, trübe Schwellung von Leber, Milz und Nieren; ein zur microscopischen Untersuchung zurückgelegtes Stück Niere geht verloren. Nierenbecken und Ureteren ohne Besonderheiten. Blase stark catarrhalisch, enthält unbedeutende Menge trüben Harns. Im hinteren Theile der Pars membr. urethrae eine circuläre Strictur mit 4—5 divertikelartigen Schleimhauttäschchen, deren eine frisch ist. In der Prostata reichlich grüner Eiter.) — 9) Pousson, A., De l'uréthrectomie dans certains rétrécissements de l'urèthre péuien. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. p. 517. — 10) Schlagenhauter, F., Aus dem path.-anat. Institut in Wien. Ein Beitrag zu den angeborenen Klappenbildungen im Bereich der Pars prostatica urethrae. (Trichterförmiger Klappenverschluss.) Wien. klin. Wochschr. No. 15. — 11) Thomas, J. D., The management of filiform stricture of the urethra with some observations on stricture. Journ. of cutan. and gen. urin. diseases. p. 173. (Brüske Dilatation mit nachfolgender allmäliger Erweiterung; Polemik gegen Otis und die Ueberdehnung.) — 12) Tripier, Contribution à la thérapeutique des rétrécissements uréthraux. Bull. gén. de Thérap. CXXX. P. p. 272. (Die Methode, electrolytische Zersetzung einer Flüssigkeit, ist nicht näher beschrieben.) — 13) Wossidlo, H. R., Zur Dilatationsbehandlung der Harnröhren-Stricturen. Berliner klin. Wochenschr. No. 6. (Allmälige Erweiterung bis No. 30. Charrière.) — 14) Zuckerkandl, Otto, Letaler Ausgang nach Sondirung der verengten Harnröhre. Wien. med. Pr. No. 45. (Betrifft einen 36jähr. Pat., dessen Strictur bis zu No. 20 [französ.] erweitert, sehr bald recidivirte. Nach 2 Jahren gelang es Z., eine Metallsonde No. 12 zu passiren. Nach Zurückziehen des festgehaltenen Instrumentes etwas Blut, nach 2 Stunden Schüttelfrost, nach 6 Stunden Tod. Das leider sehr unvollständige, über Blase, Ureteren und Nieren sich ausschweigende gerichtliche Obductions-Protocoll ergab eine ringförmige Narbenstrictur der Pars bulbosa, umgeben von Narbengewebe mit zahlreichen, bis 3 cm weit in die Schwellkörper führenden, glattwandigen falschen Wegen. Das von Fett umwachsene Herz zeigte fettige Muskeldegeneration.)

Die von Cappelen (3) in Christiania mit Erfolg in einem Stricturfalle nach Resection der Urethra gemachte Plastik unterscheidet sich von den sonstigen Operationen in ähnlichen Fällen dadurch, dass sie nicht primär gemacht wurde, sondern erst nach mehrtägiger Behandlung der Wunde mit feuchten Umschlägen. Dann wurde nach Einführung eines Verweilcatheters ein Lappen nach Thiersch in der ganzen Länge zugeschnitten, zusammen mit einem Stück Gutta-Percha-Papier in der Tiefe der Wunde aufgelegt. 10 Tage später Secundärnaht der Wundränder. Heilung. Bei Abschluss des Berichtes, 2 Monate später, liess sich Bougie No. 27 durchführen.

Mc. Causland (7) hat in einem Falle von Urethrot. ext., in welchem die Auffindung des centralen Harnröhrenendes Schwierigkeit bot, ein eigenartiges Mittel zu dessen Entdeckung angewendet. Die Blase wurde mit dem Capillar-Trocart punctirt und dann durch diesen nach und nach gefüllt, bis dass etwas von dem Ueberschuss in der Dammwunde erschien und die Stelle des hinteren Harnröhrenendes markirte.

Die Excision einer Strictur der Urethra penilis ist so selten geübt, dass Pousson (9) ausser einem früher von ihm veröffentlichten Fall nur 7 Beobachtungen aus der Literatur zu sammeln vermochte. Er bringt daher in extenso eine neuerdings von ihm verrichtete derartige Operation.

Es handelte sich bei dem 39jährigen Patienten um eine bereis vielfach (Electrolyse, Urethrot. int.) behandelte Strictur, 2 cm vor dem Angulus peno-scrotalis gelegen, 1 cm lang. Die Excision geschah unter Esmarch'scher Constriction; die getrennten Stücke der Harnröhre werden mit Catgut, die Corp. cavern. zur Stillung der Blutung mit fils de Florence genäht. Heilung mit vorübergehender Fistel; bei Abschluss des Berichtes Passage durch die völlig geheilte Urethra. (Die Discussion in der Soc. de Chir. enthält wesentlich Prioritäts-Streitigkeit; voll wird P.'s Erfolg nur von Tuffier anerkannt.)

An einen älteren Fall von Bednar schliesst Schlagenhaufer (10) eine eigene Beobachtung von angeborenem Klappentrichter-Verschluss im Bereich der Pars prostatica urethrae.

Der betreffende Knabe, der nur 20 Minuten gelebt und von sonstigen Veränderungen nur Lungenatelectase und etwas Herzhypertrophie bot, zeigte die hydronephrotischen Nieren cystisch entartet, die Ureteren verlängert, mässig erweitert, Blase bis zum Nabel reichend, ihre Ureterenmündungen klaffend. Ductus omphalomesent. obliterirt; Wand verdickt; ebenso Blasenwand, im Mittel 4 mm dick und zwar Balkenblase, nur an der Urachusmündung dünner. Trigonum verstrichen, Orif. vesic. klafft, untere Wand mit dem Caput gallinaginis in der Mitte. Anstatt des Samenhügels

sieht man die feine Oeffnung der Urethra, die auf der Spitze eines Faltentrichters liegt, der mit der Basis in tiefe Recessus der Urethralschleimhaut ausläuft. Von rückwärts gelang es anfangs nicht, eine feine Sonde in die Urethra zu schieben, sie verfängt sich in dem Faltentrichter; von vorn passirt eine relativ starke Sonde.

Zur Erklärung der Klappentrichterbildung ist an die abnorme Entwickelung der normaler Weise vorkommenden Falten zu denken, doch hat eine periodische Harnentleerung stattgehabt, wie die Muskelhypertrophie der Blase, durch die das Hinderniss zeitlich überwunden wurde, darthut.

b) Andere Erkrankungen von Harnröhre und Penis.

1) Bradley, Capitain C. E., Urethral haemorrhage; haemophilia. Ann. med. News. Jan. 4. (33jähriger Pat. an Cystitis [?] leidend mit grosser Neigung zu Erectionen bekam im Anschluss an eine solche eine Harnröhrenblutung mit Schmerz in der rechten Unterleibsgegend. Beides hörte nach 2 Tagen ohne Behandlung auf. Eine genaue Untersuchung des Pat. scheint nicht stattgefunden zu haben; da Pat. aber früher vielfach an Blutungen an anderen Stellen gelitten, nimmt Verf. Hämophilie an.) — 2) Broca, Le prolapsus de l'urèthre chez les petites filles. Gaz. hebdom. No. 27. (Abdruck aus den Annales de Gynécologie. Mars. Die Arbeit stützt sich auf die von B.'s Schüler Blanc, auf die wir im vorigen Bericht II. S. 453 verweisen. Der vorgestellte Fall, ein 6jähriges Mädchen, erkrankte vor 3 Tagen, als sie zum ersten Male nach einem längeren Krankenlager das Bett verlassen. Behandlung mit Sol. Arg. nitr. 2 pCt.) — 3) Calot, A. T., Five cases of rupture of the urethra treated by external Urethrotomy and suture. Boston Medical and Surgical Journal. Vol. CXXXV. No. 3. — 4) Englisch, J., Zur Behandlung der chronischen Entzündung und der Fisteln der Cowper'schen Drüsen. Wien. kl. Wchschr. No. 49. (Wiederholung der Empfehlung der Exstirpation des Drüsenrestes.) — 5) Fenwick, E. Henry, Clinical Lecture on retention cyste of Cowpers glands as a cause of chronic gleet, spasmodic stricture, organic stricture, extravasation of urine and of so called „false passages" in the bulb. urethrae. Brit. Journ. Jan. 4. p. 4. (Kurze monographische Darstellung, jedoch ohne Berücksichtigung der Literatur.) — 6) Franz, Karl, Ueber die Bacterien der normalen männlichen Urethra und deren Einfluss auf den Keimgehalt des normalen Harnes. Aus der II. Wiener medicin. Klinik des Hofraths Prof. Dr. E. Neusser. Wiener klin. Wochenschr. No. 28. — 7) Ganz, Heinrich, Ruptur der Urethra während des Coitus. Prag. med. Wochenschr. No. 26. (47jähr. Mann. Die Ruptur sass in der Nähe des Orif. ext. urethr.; Corpora cavernosa unverletzt, daher Erectionsvermögen intact.) — 8) Gorinfeld, Harnröhreninstrumente aus Glas. Wien. med. Wochenschr. No. 29. (Abbrechen des gekrümmten Endstückes einer Glassonde No. 16 bei einem 28jähr. Pat. Extraction durch Sect.-alta. Heilung in 8 Tagen. G. tröstet sich damit, dass dieses Abbrechen vielleicht am Material gelegen und bejaht die Frage der Geeignetheit der Glasinstrumente zur weiteren Verwendung angesichts ihrer eclatanten Vorzüge.) — 9) Hallervorden, Oscar, Ein papilläres Sarcom der weiblichen Urethra. Inaug.-Abh. (Das aus der gynäcologischen Klinik in Greifswald beschriebene bei einer 52 Jahre alten Frau binnen ca. $1^1/_2$ Jahren entwickelte papilläre Sarcom der Mündung der Urethra zeichnet sich durch seinen Mannsfaustgrösse erreichenden Umfang vor ähnlichen Vorkommnissen aus. Nach Exstirpation mit der kalten Schlinge bestand die vorher vorhandene Incontinenz weiter, und da Anfrischung und Umsäumung der äusseren Urethralöffnung hieran nichts änderten, musste Pat. trotz der Fortdauer der Incontinenz entlassen werden.) — 10) Harrison, Reginald, Clinical Lecture of Stricture of the Urethra. Clinical Journal. July 22. (Demonstration verschiedenartiger Fälle.) — 11) van Hook, Weller, A new Operation for Hypospadias. Ann. of surg. XXII. p. 378. — 12) Horwitz, Orville, Complete Exstirpation of the penis for epithelial carcinoma. Journ. of cut. and gen. urin. diseases. p. 305. (Einnähen des Stumpfes in eine Dammwunde.) — 13) Jadassohn, J. und Max Dreysel, Urologische Beiträge. Arch. f. Dermatol. XXIV. S. 349. — 14) De Keersmaecker, Le rôle des glandes de Littre dans l'uréthrite chronique. Annal. des malad. des org. génito urin.) — 15) Kronacher, Zur operativen Behandlung der männlichen Hypospadie I. Grades. Mit 4 Abbildungen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. XLIII. S. 161. — 16) Kuttner, H., Aus der Tübinger chirurg. Klinik. Ueber angeborene Verdoppelung des Penis. Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie. XV. S. 364. — 17) Le Fort, Anomalies fistuleuses congénitales du pénis. Ann. des malad. des org. gén.-ur. — 18) Leflaive et Barbulée, Anneau de laiton demeuré douze ans inclus dans la verge. Ibidem. p. 379. (Bull. méd. 1895.) — 19) Le Moniot, Rupture de l'uréthra chez un vélocipédiste (Gaz. des hôp.) Ibidem. p. 353. (Der Fall ist durch die Art der Verunglückung bemerkenswerth. Der 25jähr. Mann war mit dem Velociped in einen Graben gestürzt und dabei über den Schnabel des Sattels zu Fall gekommen. Der Schmerz war nicht sehr gross, so dass Pat. noch 6 km weiter fahren konnte. Dann aber wurde das Harnlassen sehr schmerzhaft und nur tropfenweise möglich. Pat. radelte noch 8 km weiter und kam erst am nächsten Tage zur Behandlung. Catheterismus unmöglich; in der Mittellinie des Dammes nussgrosser Blutaustritt. Urethrotomia externa. Hinteres Harnröhrenende wird erst am nächsten Tage gefunden. Glatte Heilung. — Einen ähnlicher Fall von Delobel [s. Ibidem. XII. p. 68].) — 20) Mauny, De la taille hypogastrique et du cathéterisme rétrograde dans les ruptures traumatiques de l'urèthre. Arch. prov. de Chir. p. 484. (Von den beiden Fällen war in dem ersten 11 Tage vorher die Punct. hypogastr. gemacht. In dem zweiten wurde die Blase regelrecht vom Bauche her eröffnet, als man die hintere Harnröhrenwand nicht fand.) — 21) O'Zoux, Deux cas de noeuds des corps caverneux. Ann. des malad. des org. gén.-ur. p. 39. (Die beiden Fälle von umschriebenen Indurationen der Corpora cavernosa penis unterscheiden sich von den sonst bekannten dadurch, dass die beiden Patienten ihr Leiden einer zu starken Harnröhren-Injection von schwefelsaurem Kupfer zuschrieben.) — 22) Page, Herbert W., Clinical lecture on a case fatal pelvic injury in a child in which a collection of blood in the prevesical space (caverna Retzii) simulated distention of the bladder. Brit. med. journ. July 18. (Das Wesentlichste des einen 7jähr., von einem Wagen überfahrenen Knaben betr. Falles enthält die Ueberschrift. Entsprechend der bei Lebzeiten gestellten falschen Diagnose wurde die Punction über der Schambeinfuge gemacht und Blut und Harn entleert. Pat. starb 3 Tage nach der Verletzung. Die Autopsie zeigte Abreissung der Harnröhre von der Prostata, einen Bruch jedes der Schambeine und eine dritte Fractur, die Verbindung der beiden Scham- und Sitzbeine betreffend. Pat. starb nicht in Folge der irrigen Diagnose, wie P. in der Epicrise andeutet, sondern an der Behandlung. Nicht die Punction, sondern die Incision oberhalb der Symphyse und retrogader Catheterismus waren angezeigt und, wie Fälle von König u. A. zeigen, die Möglichkeit der Heilung gegeben. Anbei kurzer Bericht über 2 ähnliche Fälle.) — 23) Picard, Uréthrite sans gonocoques. Ann. des malad. des org. gén.-urin. — 24) Rodman, William L., Epitheliome of the penis. Journ. of cut. and gen.-ur. diseases. p. 195. (Angeb-

lich durch Auskratzen und Michels Paste geheilter Fall.) — 25) Róna, S., Mittheilungen aus der venerischen Abtheilung des städt. Filial-Hospitals in Budapest. Ein Fall von primärem gangränösem Erysipel des Penis. Miterkrankung des Hodensackes und der Hoden. Consecutive Hodenatrophie (?) Oligospermie. Arch. f. Dermat. XXIV. S. 397. (Das Wesentliche des einen 29jähr. Kutscher betr. Falles enthält der Titel. Neuere Arbeiten speciell aus der englischen Literatur über die Krankheit sind nicht benutzt.) — 26) Steckmetz, Fr., Aus der Strassburger chir. Klinik des Prof. Madelung. Zur Casuistik seltener Missbildungen und Erkrankungen des Penis. Bruns' Beitr. z. klin. Chir. XVII. S. 398. (Kurz besprochen werden an der Hand je eines Falles: 1. Rudimentäre Bildung des Penis bei einem 3 mon. Knaben, Harnentleerung durch den After. — 2. Dilatation und Hypertrophie des Vorhautsackes; 2jähriger Knabe; es bestand ein klappenförmiger Verschluss, keine eigentliche Stenose. — 3. Spontangangrän des Penis bei einem 31jähr. Pat.) — 27) Tano, E., Ueber die bacteriologischen Untersuchungen der Urethritis chronica männlichen Geschlechts. Centralbl. f. Krankheiten der Harn- und Sexualorgane. S. 54. — 28) Trekaki, Remarques sur le traitement de la Mennorrhagie chronique. Ann. des malad. des org. gén.-ur. — 29) Trekaki, P. et A. v. Eichhorst, Une nouvelle origine des fistules uréthrales. (Contribution à l'étude de la Bilharzia Haematobia.) Ibidem. p. 769. — 30) Verhoegen, J., Le traitement de l'uréthrite par les dilatateurs d'Obérländer. Ibidem. p. 232. (Bekannt.) — 31) Vopel, Waldemar, Ueber Sarcome des Penis. Inaug.-Abhandl. Halle. — 32) Wassermann, Epithéliome primitif de l'urèthre. Ann. des malad. des org. gén.-urin. — 33) Zamazal, J., Beitrag zur Aetiologie des unwillkürlichen Harnträufelns. Wien. med. Bl. 36. (Das Harnträufeln beruhte bei der 41jähr. Frau auf Divertikelbildung hinter Harnröhrentumoren, nach deren Beseitigung die Erscheinung schwand. Zusammensetzung der Geschwülste nicht angegeben.)

Nach einer Uebersicht des bisherigen Verfahren bei Hypospadie theilt Weller van Hook (11) zwei Fälle mit, in denen er eine Modification der Duplay'schen Operation ausgeführt. Das Wesentliche dieser Modification ist die Verwerthung von Praeputium zur Canalbildung, wozu ein Catheter benutzt wird. Der Urin wird durch eine Boutonuière abgeleitet.

Jadassohn und Dreysel (13) haben eine Reihe von Versuchen angestellt, welche zunächst die Angaben von Guiard (Ber. pro 1894. II. S. 550) und namentlich auch die älteren von Lavaux über die bei Weitem die gewöhnlichen Vorstellungen übertreffende Capacität der Urethra bestätigen. Es scheinen indessen hier individuelle Verschiedenheiten zu bestehen, die wahrscheinlich von der Widerstandsfähigkeit des Compressor urethrae abhängen, so dass einige Male Werthe von nur 5—6 ccm, andere Male solche von 22 ccm erreicht werden, andererseits bei hochhängendem Jrrigator die Capacität grösser als bei Irrigation mit der Spritze ist. Der Durchmesser für die Urethra schwankt demnach je nach der Ausdehnung zwischen 7, 8 u. 10 mm bei hochhängendem Irrigator, resp. 9, 7 bei Injections-Versuchen. Modificirt wurden diese Ziffern über die Urethral-Capacität dadurch, dass der Widerstand des Compressor sich nach anfänglicher Relaxation wieder erneuern kann. Spritzen mit 5—6, resp. 10 ccm Inhalt reichen daher zu maximaler Ausdehnung der Urethra nicht aus, ein Irrigator in gewöhnlicher Höhe bewirkt geringere Ausdehnung der Urethra ant., als Injection mit grosser Spritze; maximale Dehnung dagegen die Irrigation von 200 cm Höhe. Weitere Untersuchungen ergaben für die hintere Harnröhre eine Capacität von 2—3, die Angaben von Cohn bestätigend. Es können aber schon sehr kleine in die Urethra-post. gebrachte Mengen in die Blase überfliessen. Im Uebrigen wird aus in diesem Bericht schon bemerkten Gründen die Trichterbildung am Blasenhals bei starker Blasenfüllung verworfen. Besondere Aufmerksamkeit ist dem Unterschied der bacteritischen Membranen von denen der sog. Urethritis membran. gewidmet, der microscopisch festzustellen. Eine Bedeutung hatte erstere nicht in den Fällen von Jadassohn in practischer Hinsicht. Die Aufsätze schliessen mit dem Nachweise, dass die normale Reaction der Urethra alkalisch ist, und sich durch den Durchgang des sauren Harns meist nur wenig und für kurze Zeit ändert. Gonococcen wachsen auf saurem wie auf mässig alkalischem Boden, so dass diese alcalische Reaction für die Tripperbehandlung ohne Bedeutung ist.

Kronacher's (15) Princip bei Operation der Hypospadie I. Grades besteht in Bildung einer Fistelrinne und möglichst ausgedehnter Deckung durch Präputialschleimhaut. Er operirt in 3—4 getrennten Sitzungen, welche zwar nur kurze Eingriffe darstellen, deren Ausführung aber eine technisch mühsame ist, so dass ein genauer Bericht über die Einzelheiten erst erforderlich ist, wenn eine klarere Beschreibung und namentlich bessere Abbildungen von denselben als die vorliegenden vom Verf. geboten werden. In 2 Fällen bei Säuglingen hat Verf. mit vorzüglichem Erfolge nach seiner Methode operirt: in einem dritten musste er zur schliesslichen Erlangung eines sehr guten Resultates die Wand aus dem Scrotum entnehmen; eine weitere konnte er bei dem schon 5 j. Pat. nicht beenden. Dieser Fall fordert zu der möglichst frühzeitigen Behandlung der leichteren Hypospadiegrade auf, doch bedürfen die für sie bestehenden Operationsmethoden noch weiterer Verbesserung.

An den einzig bis jetzt beschriebenen Fall der Verdoppelung des Penis von Velpeau und Artau reiht Kuttner (16) einen zweiten, den er nach einem Spirituspräparat der Sammlung der Bruns'schen Klinik schildert. Die Verdoppelung betrifft sämmtliche äusseren Geschlechtsorgane, die inneren sind aber intact; als eine Missbildung für sich besteht Atresia recti und eine enge Communication des Mastdarms mit der Harnröhre, etwas unterhalb der Einmündungsstelle der Vasa deferentia in diese. Einen Fall von Verdoppelung der übrigen Urethra hat Fürst beschrieben.

Einen sehr merkwürdigen Fall von einem den Penis umgebenden Fremdkörper berichten Leflaive und Barbulée (18).

Ein 12jähr. Gymnasiast hatte sich einen Rouleaux-Ring über das Glied gezogen. Anfangs machte er viel Beschwerden, dann aber ulcerirte er durch die Haut und verschwand unter Narbengeweben. Die Sache kam erst zum Klappen, als Pat. sich 24 Jahre alt verheirathete. Die ersten Cohabitationsversuche führten zu erheblichen, entzündlichen und Reizsymptomen. Während der Penis an der Wurzel normal war, boten vordere Hälfte und Vorhaut eine enorme phlegmonöse Geschwulst. Die Eichel war nicht zu entblössen, Versuch des Catheterismus sehr schmerzhaft.

Unter heftigem Schmerz wurden alle 5 Minuten wenig Tropfen Harn gelassen. Die Mitte des Gliedes umgab ein weissliches Narbenband, durch das man einen festen beweglichen Ring fühlte. Nach seitlicher 3 cm langer Incision des Gliedes und Entleerung von urinösem Eiter gelangte man auf den Ring, der nun auf einer Hohlsonde mit Kneifzange durchtrennt ward. Er war 72 mm lang, 3 breit und 1 dick und kalkig incrustirt; er lag in einer Art Scheide und hatte die Harnröhre perforirt. Die hieraus resultirende Harnfistel schloss sich spontan.

Aus den bacteriologischen Untersuchungen von Tano (27) über die Filamente der chronischen Urethritis ist Folgendes zu entnehmen.

1. Die meisten Filamente enthalten mehrere Bacterien. — 2. Unter ihnen sind die Coccenarten gegenüber den Bacillen in der Ueberzahl, von letzteren überwiegen wieder semmelförmige Diplococcen. — 3. Unter den bacterienhaltigen Filamenten sind Mischformen am häufigsten; Zusammenhang einer bestimmten Filamentform zu gewissen Bacterien ist nicht zu erweisen. Ebenso ist nicht zu erkennen ein bestimmtes Verhältniss der Bacterien der Filamente zur Dauer des Ausflusses. — 5. Anwendung von Instrumenten und Nichtanwendung bedingen keinen nennenswerthen Unterschied in der Bacterienform der Filamente. — 6. Von 30 Fällen waren bei 2 mit Instrumenten und 2 ohne Instrumente behandelten die Culturen negativ; die Filamente waren verschwindend klein, die betr. Fälle scheinen schon in Heilung gewesen zu sein. — 7. Von pathogenen Bacterien ist 1 mal Staphylococcus pyogenes aureus gefunden. — 8. Microscopische Untersuchung der Filamente bietet keine hinreichende Sicherheit gegen die Infectionsfähigkeit des Inhaltes.

Trekaki und von Eichhorst (29) theilen in extenso 7 Fälle von Urethralfisteln mit, welche ihre Entstehung nicht Verengerungen verdanken, sondern aus kleinen Infiltrationen hervorgehen in Folge des Einwanderns der Bilharzia haematobium in das periurethrale Gewebe. Der Parasit legt in diesem seine Eier nieder und aus einer hierdurch bedingten sehr allmälig sich entwickelnden Eiterung bilden sich Fisteln mit ein und mehreren Oeffnungen, völlig gleich denen, die man bei Tripperstricturen findet. Sich selbst überlassen sind diese Fisteln überaus hartnäckig; dagegen heilen sie durch Exstirpation allen indurirten Gewebes unter gleichzeitiger Anlegung einer Boutonnière am Damm. Bei den Fellah's sieht man solche Fisteln in ca. 40 pCt. der Fälle von Haematurie in Folge der Bilharziainfection und zwar am häufigsten zwischen dem 20.—40. Lebensjahr. Dagegen ist bei Europäern die Krankheit unbekannt.

Die wenig zahlreiche Casuistik der Penis-Sarcome wird von Vopel (31) durch 3 in der chir. Klinik zu Halle beobachtete Fälle, von denen indessen nur einer operirt und näher untersucht werden konnte, vermehrt. Im Ganzen sind es 11 Fälle, und zieht V. aus ihrer Geschichte einige allgemeinere Schlussfolgerungen. Ihren Ausgangspunkt nehmen die Penis-Sarcome grösstentheils von der Urethral-Schleimhaut, ein Fall von einer Narbe. Als kleines Knötchen entweder primär oder metastatisch beginnend, ändert die Neubildung fast immer die Form des Gliedes; das Wachsthum ist rapide, schon früh sind Leistendrüsen-Metastasen. Sitz, äussere Beschaffenheit, geringe Neigung zur Ulceration, unterscheiden das Sarcom vom Carcinom des Penis. Eigenartig sind zuweilen die Befunde weicher, die Urethra verlagernder Tumormassen beim Catheterismus, andererseits fühlt man höhlenartige Erweiterungen der Harnröhre. Die Prognose ist sehr ungünstig. Einzelne Heilungen sollen eingetreten sein. Die Operation des einen in Halle behandelten Falles liegt noch zu kurze Zeit zu endgültigem Urtheil zurück. Eine wirkliche Behandlung ist nur durch Amputation des Gliedes und Ausschälung der Leistendrüsen möglich.

[1) Weisblat, J., Ein Fall von sog. Fractura penis. Medycyna. No. 4. — 2) Miklaszewski, W., Ein Fall von Fractura penis. Kronika lekarska. No. 23.

Weisblat (1). Ein 27 jähriger Mann hat im Halbschlummer sein steifes Glied mit beiden Händen kräftig nach unten gebogen, wobei er ein Knacken sowie einen heftigen Schmerz verspürte, was ihn jedoch daran nicht hinderte, dass er wieder einschlief. Am folgenden Tage bemerkte Pat. eine starke Anschwellung und bläuliche Verfärbung des Gliedes. Dasselbe war 10,4 cm lang, maass 12,2 cm im Umfange. Die Haut war mässig gespannt, dunkelviolett, an der Eichel und dem Venusberge jedoch normal. Die vordere Scrotalhaut ebenfalls blutig suffundirt. Harn normal. Subjectiv keine Beschwerden, bloss eine druckempfindliche Stelle links, nahe an der Wurzel des Gliedes. Der weitere Verlauf war bei rein exspectativer Behandlung ein ganz normaler und Patient giebt an, bei dem 6 Wochen nach dem Unfalle ausgeführten Coitus nicht die geringsten Beschwerden verspürt zu haben. Objectiv an der Rissstelle links eine mässige Verdickung nachweisbar.

Miklaszewski (2). Ein 40 jähr. mit beginnender Arteriosclerose behafteter Mann verspürte, während er sein erigirtes Glied stark nach der Seite zog, ein Knacken in demselben, verbunden mit heftigem Schmerze. Die Untersuchung ergab eine Fractur des Gliedes nahe an der Ansatzstelle desselben. In Folge starken Blutextravasates, namentlich im Präputium, nahm das Glied bei seitlicher Ansicht eine S-förmige Gestalt an. Bis auf mässigen Schmerz waren keine subjectiven Beschwerden vorhanden und ging auch das Uriniren ganz leicht von statten. Bei indifferenter Behandlung erfolgte vollständige Restitutio ad integrum.

Trzebicky (Krakau).

Kayser, F., Ein Fall von Gangraena penis et scroti. Chirurgische Kasuistik vom Lazarethe in Helsingborg. Hygiea. LVIII. 2. p. 157—161.

Nach einem Holzbockstiche am Präputium entstand Paraphimosis, welche nach 24 Stunden reponirt wurde, aber das Präputium war alsdann schon livid, mit einem Geschwürchen an seiner unteren Kante. Heftige Schmerzen mit Anschwellung des ganzen Penis und des Scrotum. Gangrän der Haut an diesen Stellen mit Begrenzung gegen die Eichel, den Mons veneris und einen ungefähr cm-breiten Gürtel über der Mitte des Scrotum bis zu seinem unteren Theile. Verbreitung des Brandes mit gründlicher Entfernung alles Brandigen. Creolinumschläge. 8 cm oberhalb der Peniswurzel ein 8 cm langer, gegen die Mittellinie verticaler Schnitt durch die Haut. Ablösung dieser und Durchführung des Penis durch das so entstandene Loch. Matratzensutur, um die Haut fester am Penis zu halten. Sodann Verlängerung des Hautschnittes 3 cm nach beiden Seiten, von jedem Ende dieses Schnittes eine mit dem Penis parallele Incision und Ablösung dieses ganzen Hautlappens zusammen mit dem Penis. Zusammennähung der Seitenränder des Lappens über dem Penisrücken, und seines oberen Randes mit der Eichel. Geschwüre an der Matratzensutur und Durschneidung der Mehrzahl der Suturen am Penisrücken in Folge Erection. Vollständige Heilung.

A. Fr. Eklund (Stockholm).]

III. Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane.

1. Allgemeines.

1) Eméry, E., Contribution à l'étude de la gangrène foudroyante des organes externes de l'homme. Arch. gén. Oct.-Nov.-Décbr. (Die in der Ueberschrift näher bezeichnete Gangränform der männlichen Geschlechtsorgane, zuerst 1883 von Fournier beschrieben, wird an der Hand von 18, zum Theil noch nicht veröffentlichten Fällen beschrieben. Es ist eine specielle Form des Brandes, ausgezeichnet durch ihr plötzliches Einsetzen und den peracuten Verlauf, sowie durch den fast regelmässigen Ausgang in Heilung. Diese „foudroyante“ Gangrän beruht auf Infection, bezw. Eindringen einer sehr giftigen Art Streptococcus, doch lassen sich die näheren Bedingungen hierfür zur Zeit noch nicht feststellen. Entweder ist Infection von den Geschlechtstheilen oder Uebertragung von der Harnröhre hier anzunehmen, vorläufig aber die von Fournier der Krankheit gegebene Bezeichnung „spontan“ festzuhalten. Zeichen der Virulenz wie Purpura, Erythema, Blutungen, Erysipel, complieiren in gleich acuter Weise den Verlauf des Brandes, sie hinterlassen aber keine übelen Folgen. Behandlung: Mehrfache, ausgiebige Einschnitte.) — 2) Fürbringer, Zur Kenntniss der specifischen Crystallbildungen im Genitalsystem des Mannes. Deutsche med. Wochenschr. No. 38. — 3) Legueu, Emasculation totale pour cancer de la verge. Ann. des mal. des org. gén.-ur. — 4) Manley, Thomas St., The diagnosis of liquid or semi-liquid formations in the inguino-scrotal region. Journ. of cutan. and gen.-ur. diseases. p. 254. (Bekanntes.)

Fürbringer (2) nimmt gegenüber einigen neueren Arbeiten über die specifischen Crystallbildungen im Genitalsystem des Mannes Stellung. Zunächst zeigt er, dass die Folgerung von Lubarsch betreffs der Identität der Charcot'schen und Böttcher'schen Crystalle irrig ist. Die Böttcher'schen Sperma-Crystalle sind im Wesentlichen Producte der Prostataepithelien und deswegen nicht als Hodencrystalle (Lubarsch), sondern mit grösserem Recht als Prostatacrystalle zu bezeichnen.

2. Krankheiten der Hoden und Hodenhüllen.

a) Angeborene Lageveränderungen der Hoden (Torsion des Samenstranges).

1) Enderlen (aus der chir. Klinik zu Greifswald [Prof. Helferich]), Klinische und experimentelle Studien zur Frage der Torsion des Hodens. Deutsche Zeitschrift f. Chir. XLIII. S. 177. — 2) Guiteras, Ramon, Report of case of dislocation of the testicle into the penis. New York Record. June 4. p. 11. (Bei einem 52jähr. Mann durch Ueberfahrenwerden entstanden. Der linke Hoden von seinem Nebenhoden getrennt, durch ein Loch in der Tunica vaginalis unter die Tunica dartos des Penis geschlüpft. Die Reduction des Hodens auf blutigem Wege war wegen der vielen Verwachsungen etwas schwierig. Heilung und Wiederherstellung völliger Geschlechtsfunction.) — 3) Koenig, F., Ueber die operative Beseitigung des Kryptorchismus. (Charité-Ges.) Berl. klin. Wochenschr. No. 25. (K. macht darauf aufmerksam, dass man bei der Operation einer Kryptorchis immer eine bestimmte Verwachsung des Leistencanals lösen müsse, ehe man den Hoden im Bindegewebe des Scrotum fixirt. Vorstellung eines 14jähr. Knaben; doch ist derselbe erst vor 1 Monat operirt worden.) — 4) Rochard, Eugène, Ectopie testiculaire sous-abdominale. Union méd. No. 19. (Die Operation wurde durch zahlreiche Verwachsungen des linken Hodens und Samenstranges sehr erschwert bei dem 21jähr. Pat. Der Hoden war atrophisch, der Nebenhoden von ihm getrennt, und musste dieses bei der Umdrehung besonders beachtet werden. Der Samenstrang und die fibrösen Gewebe der Schamgegend wurden durch specielle Nähte fixirt. Pat., der früher Beschwerden von seinem Hoden gehabt, blieb frei, der Hoden in normalem Situs.) — 5) Steen, Alfred, A case of axial retention of the testis. Lancet. April 11. p. 940. (Ungenau beschriebener Fall, einen 18jähr. Mann betreffend. 3 Tage vorher durch Sprung über eine Hecke beim Lawn-tennis entstanden. Man dachte erst an eine Orchitis haemorrhagica und machte die einfache Incision; nach ca. 1 Monat entfernte man den necrotischen vorgefallenen Hoden, dessen Untersuchung eine nicht näher geschilderte Torsion des Samenstranges ergab.)

Enderlen (1) bringt ausser 12 fremden Fällen von Hodentorsion und den Ergebnissen von Thierversuchen, nach denen die bis 16stündige Unterbrechung des Kreislaufs der Samenstranggefässe ohne Folgen blieb, eine eigene, von den bisherigen abweichende Beobachtung von Torsion des Hodens.

Bei dem betr. 49jähr. Pat., bei dem sich nach Heben einer Last eine vom Scrotum bis über den Leistencanal hinweg zur Spina ant. sup. il. reichende Geschwulst entwickelt, wurde die Sachlage erst durch die 4 Tage später ausgeführte Operation, und die sich anschliessende anatomische Untersuchung klar. Es ergab sich nach Zurückdrehen um 270° der Hoden von einer Neubildung („Carcinoma sarcomatodes“) befallen, sammt dem Samenstrang frei im Scheidenhautsack liegend. Die durch die Tumor-Entwickelung begünstigte Torsion in Folge des Hebens der Last hatte Blutaustritt in Bindegewebe und Geschwulstmasse bedingt. Operation. Heilung, † nach 7—8 Monaten an Magen- und Darmkrebs.

b) Krankheiten des Scrotum.

1) Manley, Thomas H., Notes on inguino-scrotal cysts. Americ. med. News. July 11. (Kurze Anführung von 4 verschiedenartigen Beobachtungen Vff.'s, sonst wesentlich Bekanntes.)

c) Hodenentzündung (Epididymitis, Orchitis).

1) Delbet, Cinq cas d'orchite blennorrhagique traités par les lavages au permanganate de potasse. Annal. des malad. des org. génito-urin. — 2) Macaigne et Vamerts, Étiologie et pathogénie des orchi-épididymites aiguës et en particulier des orchi-épididymites d'origine uréthrale et non blennorrhagique. Ibidem.

d) Krankheiten der Scheidenhaut von Hoden und Samenstrang (Hämatocele-Hydrocele).

1) Halban, Josef, Beitrag zur Pathogenität des Friedländer'schen Bacillus pneumoniae. (Ein Fall von Hämatocele scroti suppurativa. Aus der Albert'schen Klinik in Wien.) Wien. klin. Wochenschrift. No. 43. — 2) Harhaus, Bernhard, Zur Behandlung der Hydrocele. Inaug.-Diss. Berlin. (Zu Gunsten der Methode v. Bergmann's, die seit 1891 in der Charité ausschliesslich angewandt wird.) — 3) Horwitz, Orville, radical cure. Journal of cutan. and gen. ur. diseases. p. 343. — 4) Storp, J., Ueber Hydrocelen-Behandlung. Arch. f. klin. Chir. LIII. S. 344. — 5) Vollbrecht, Ueber Hydrocele bilocularis intra-

abdominalis. (Aus der K. chir. Universitäts-Klinik in Breslau.) Ebendas. S. 223.

Horwitz (3) berichtet über 110 Hydrocelen-Fälle, von denen die meisten (70) in verschiedenen Anstalten in Philadelphia, 4 in der Poliklinik und 36 in der Privatpraxis behandelt sind. Von diesen waren 5 sogenannte acute Hydrocelen, 54 gehörten der gewöhnlichen Form an, 22 waren Hydrocelen bei Kindern, 1 congenital; die übrigen vertheilen sich auf die anderen Formen, darunter 13 auf Hydrocele funiculi. 63 Patienten waren 25—45 Jahre, 23 unter 15 Jahren und 11 über 45 Jahre alt. 45 Patienten, die bereits anderweitig durch Function und Jodinjection behandelt waren, kamen mit Rückfällen zum Verf. Die Volkmann'sche Methode der freien Incision wird nur bei Verkalkung der Tunica vaginalis empfohlen; die Heilung ist langsam, die Narbe schlecht. Von 52 Fällen wurden 31 durch Incision und Drainage behandelt; nur zwei recidivirten. Es ist dieses das in allen Fällen, in denen die Hydrocele nicht punctirt bezw. injicirt ist, bezw. keine Verdickung der Wand bietet und nicht weit in den Leistencanal reicht, zu bevorzugende Verfahren. Partielle Excision des Sackes ist 2 mal angewandt worden, 1 mal blieb eine mit einer Sutur zusammenhängende Fistel, 1 mal kam es zur Eiterung. Ein paar mal trat aufs Neue Hydrocele, eigentlich Recidiv, auf. Hydrocele cystica wurde durch Exstirpation des Sackes behandelt.

Storp (4) meint, dass neuerdings von den Methoden des Schnitts zu denen der Punction und auch Injection zurückgekehrt werde bei der Hydrocelen-Behandlung. Erstere hätten die Nachtheile der Nothwendigkeit ihrer Ausführung in Anstalten, sowie einer längeren, 5—6 Wochen betragenden Heilungsfrist. Eine Ausnahme in letzterer Hinsicht bildet das Verfahren v. Bergmann's, die Totalexstirpation der Tunica vaginalis. An sich das radicalste und nur 10—12 Tage Heilungsdauer erfordernd, setzt es wegen der Möglichkeit einer Verletzung der A. spermat. mit folgender Hodengangrän eine grössere technische Geschicklichkeit voraus. Verf.'s eigenes bei 19 Pat. 22 mal benutztes Verfahren besteht in Incision der weichen Bedeckungen bis auf die Tunica und stumpfer Isolation dieser. Durch Incision der Tunica in ganzer Ausdehnung des Schnittes wird das Secret entleert und dann die Tunica durch eine Reihe von Tabaksbeutelnähten aus Catgut um den Testikel zusammengefaltet, ausserdem bei grösseren Hydrocelen auf jeder Seite 2—3, in jedem Wundwinkel je 1 Naht angelegt. Die abgelöste Haut wird durch 2—3 Knopfnähte und 1 fortlaufende Naht vernäht. Das Alter der 14 Operirten schwankte zwischen 19—68 Jahren. In den ersten Fällen bestand leichtes Oedem der Wundränder, einmal sogar Gangrän eines Hautstreifens und Fieber — Verf. schiebt dieses auf zu starke Antiseptica. In den letzten 11 Fällen wurden diese fortgelassen, auch kein Drain eingelegt; alle Reizsymptome blieben aus, und nach Entfernung der Nähte war die Wunde in 7—8 Tagen geheilt. Schmerzhafte strangförmige Infiltration der Hoden und Tunica besteht meist noch, ohne die Pat. zu hindern, in ca. 10—14 Tagen wieder zu arbeiten. In sechs Wochen ist auch sie geschwunden und bei einzelnen Revisionen nach 3 bis $3^1/_2$ Monaten war Alles wieder normal. Da Verf. erst seit Juli 1895 sein Verfahren benutzt, ist er wegen dessen Recidivmöglichkeit zurückhaltend. Die Excision ist für hochgradige Veränderungen der Tunica vaginal. zu reserviren, und Verf. hat sie nur 2 mal geübt. Hydrocelen kleiner Kinder erfordern nur einfache Punction.

(Ref. muss gegen die Auffassung Verf.'s und zwar sicher im Namen vieler Fachgenossen protestiren. Der Hauptvortheil des Verfahrens von Jullien, v. Bergmann u. A., die allseitige Freilegung des Hodens, wird nirgends geziemend betont. Hält man sich genügend fern vom Funiculus, so ist die Excision nicht bedenklich. Gefährdet ist weniger die A. spermat. als die eine oder andere entartete Vene des Plex. (pampiniform.), deren Verletzung Hämatombildung mit Verzögerung der Heilung zur Folge hat.)

Vollbrecht (5) berichtet über eine colossale Hydrocele bilocularis intra-abdominalis, welche links im 16. Lebensjahre auftrat, dann 3 Jahre wuchs und die letzten beiden Jahre stationär blieb. Die Radicaloperation nach Mikulicz bestand in Spaltung des Sackes und Exstirpation der ihn innen auskleidenden serösen Membran. Der bis zur Niere reichende fibröse Sack war allenthalben adhärent und blieb zurück; der stark erweiterte Leistencanal ward nach Bassini geschlossen. Heilung.

V. kommt nach längeren Ausführungen zu folgenden Sätzen:

1. Gewisse pathologische Zustände zeigen, dass ein Theil des Giraldès'schen Organes (seine Schläuche) nicht zu Grunde geht; sie persistiren und geben Anlass zu den betr. pathologischen Zuständen. — 2. Einige, besonders die seltenen Formen der Hydrocele, sind auf congenitaler Anlage, am zwanglosesten auf Entwickelungsanomalien des Giraldès'schen Organes, zu beziehen. Hierfür spricht a) dass Hydrocele in den ersten Tagen oder Wochen nach der Geburt event. häufiger, als im späteren Leben ist, und b) dass insbesondere die Hydrocele bilocularis sich in Bezug auf ihre Entstehung bis zum 1. Jahre verfolgen lässt, und dass ihr Wachsthum häufig in eine Zeit fällt, wo die Schläuche des Corps innominé auch unter normalen Verhältnissen die grösste Entwickelung zeigen. Wie hier die Zeit der Pubertät in Betracht kommt, zeigt ausser V.'s Fall eine analoge Beobachtung von Trendelenburg.

e) Neubildungen des Hodens. — Hodentuberculose (Castration).

1) Boyland, Halsted, Cases of tuberculous orchitis successfully treated by the galvanic current. — Permanent cure. New York med. Record. May 16. (Betrifft einen lungenleidenden Pat. Mit oberflächlicher Application des constanten Stromes während über 2 Mon., bei der der positive Pol direct auf den Hoden, der negative auf den Samenstrang gesetzt wurde, concurrirte die Injection von Naphthol. camphor. d. 11 auf 1 Unze Olivenöl in eine tuberculöse Abscessfistel und Einreiben der Fistel mit diesem Oele.) — 2) Curtis, F. Farquarson, Evidement of prostata and vesicles for tuberculosis. (New York Surg. Soc.) Ann. of surg. Aug. p. 219. (Es bestand schon ein offener Dammabscess.) — 3) Kaul, Un procédé de castration simple, rapide et facile. Annal. des malad. des org. génito-urin. — 4) Lauenstein, C., Die hohe Castration nach v. Büngner. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. XLIII. S. 588. — 5) Quénu, Traitement opératoire de la tuberculose épididymaire. Gaz. méd. de Paris. No. 29. (Kurze Operationsgeschichte eines doppelseitig erkrankten, rechts nach Evidement und Cauterisation mit der Naht, links mit Jodoform-Gaze-Tamponade behandelten Mannes. Abschluss des Berichtes bei vollendeter Heilung 24 Stunden nach der Operation; rechts war erste Vereinigung erfolgt. cfr. Bull. et Mém. de la Soc. de chir. p. 356.) — 6) Wagner, Oscar, Ueber Hodeninfarct in Folge Torsion des Samenstranges. Inaug.-Abh. Halle. (Bericht über 2 Fälle aus der chirurg. Klinik zu Halle, im ersten bestand angeblich nach Trauma seit dem 14. Jahre bei dem 35jähr. Pat. ein Tiefstand des Hodens; bei dem anderen 14jähr. Knaben lag Leistenhoden vor. Beidemal Freilegung und Rückbewegung der Torsion; im 2. Falle trat nachträglich eine kleine Necrose des Hodens ein.)

Lauenstein (4) hat die durch von Büngner als „hohe Castration" empfohlene Evulsion des Samen-

stranges wegen ihrer augenscheinlichen Vortheile in allen seit 1893 ausgeführten Castrationen versucht. Den Lesern dieser Berichte ist kurz zu resumiren, dass es gelang, mit Ausnahme eines Falles wegen „speckiger Infiltration" des Samenstranges, das Vas deferens mehr oder minder weit herauszuziehen, dass es aus ähnlichen Gründen 2 mal bereits zu früh (9 resp. 10 cm weit) abriss, dass aber einmal die Evulsion auf 35 cm und 8 mal auf 20 und mehr cm glückte. Inzwischen bildeten sich bei einem der Fälle von vorzeitigem Abreissen lästige und lange persistirende Hämatome, von L. auf Abreissen der A. deferentialis oder eines oder beider ihrer Aeste zurückgeführt. Die ungünstige Lage dieser Hämatome, die Machtlosigkeit der betr. Blutung gegenüber, die Beobachtung von Helferich, betr. die Entwickelung einer acuten Pyelonephritis mit tödtlicher Urämie 17 Tage nach der Evulsion, und endlich die Thatsache, dass die Evulsion am Lebenden doch in der Regel nicht soweit gelingt als an der Leiche, veranlassen L. zu dem Vorsatz, mit der Evulsion in Zukunft vorsichtig zu sein und zu dem wohl schon lange allerseits ausgeführten Entschluss, das Vas deferens bei der Castration nur in soweit zu entfernen, als es sich ohne Gewalt herausziehen lässt und dann unter Controlle des Auges mit der Scheere abzuschneiden.

[1) Rovsing, Zwei Fälle von Testikelsarcom auf traumatischer Basis. Hospitals Tidende. R. 4. B. 4. p. 883. — 2) Honoré, Ein Fall von Sarcoma testis auf traumatischer Basis. Ibidem. p. 922.

Die zwei Fälle Rovsing's (1) sind einander sehr ähnlich. Sie kamen beide bei jungen, kräftigen, bisher gesunden Leuten vor. Beide haben beim Besteigen des Bicycle eine Läsion des rechten Testikels bekommen. Nach der Läsion entstand eine Geschwulst, welche in dem einen Falle sich etwas verminderte, in dem anderen stationär blieb, aber in allen beiden Fällen nach einiger Zeit zu wachsen anfing, bis sie nach 4 und 6 Monaten operirt wurde. Die microscopische Untersuchung ergab in beiden Fällen Rundzellensarcom von alveolärem Bau. $1 \frac{1}{2}$ Jahre nach der Operation sind die Patienten noch ohne Recidiv. Der Verf. hebt hervor, dass das Trauma in diesen Fällen zweifellos von Bedeutung für die Entstehung der Geschwulst gewesen ist. Er stellt kurz 10 Fälle aus der Literatur zusammen, in welchen die Testikelgeschwulst in unmittelbarem Anschluss an die Läsion entstanden ist. Er erwähnt die verschiedenen Theorien der Pathogenese der Geschwülste und bleibt bei der Infectionstheorie stehen, er meint, dass gerade solche Fälle für diese Theorie sprechen, indem man dann hier wie bei anderen Infectionen annehmen muss, dass das Trauma und die Blutgeschwulst nur einer der vielen verschiedenen Factoren ist, welche den Boden für die Infection bereiten. **Schaldemose.**]

f) Varicocele.

1) Watson, A. E., Notes on the radical cure of varicocele. Lancet. Febr. 1. (Hospitalbericht über 21 Fälle, junge gesunde Männer, im Mittel $16 \frac{1}{2}$ Jahr alt, betreffend. Nur ein Fall war links und rechtsseitig. Die Operation bestand in Excision des vorher mit Catgut doppelt unterbundenen Gefässpacketes, ohne dessen Scheide zu eröffnen. Eine Verkürzung des Samenstranges wird entweder durch Annäherung der beiden Venenstümpfe mittelst einer Fadenschlinge, oder Verknüpfung der Enden der oberen und unteren Ligatur erzielt. Sehr sorgfältiger doppelter Verband, der äussere aus einem den Hoden unterstützenden, mit Loch für Penis versehenen dreieckigen Tuch bestehend; dreiwöchige Bettruhe.) — 2) Zoege-Manteuffel, W., Zur operativen Behandlung der Varicocele. Petersb. med. Wochenschr. No. 42.

Zur operativen Heilung der Varicocele will Zoege-Manteuffel (2) die Blutsäule verkürzen und den Hauptdruck auf eine extrascrotale bezw. intraabdominale Stelle verlegen. Dieses geschieht durch Verlagerung des ganzen Funiculus im Sinne der Bassini'schen Bruchoperation. Wenn der Funiculus 6 cm höher liegt, sind dem Blutstrom 12 cm aufsteigenden Laufes erspart. Anbei 2 Fälle, von denen der eine aber erst 4 Wochen beobachtet worden ist.

3. Krankheiten der Samenwege.

1) Alessandré, Les lésions des différents éléments du cordon spermatique et leurs conséquences sur la glande génitale. Annal. des malad. des org. génito-urin. — 2) Fuller, Eugene, Operative interference in aggravated instances of seminal vesiculitis. Journ. of cut. and gen.-ur. diseases. p. 329. — 3) Nicolich, Abcès des corps caverneux de la verge. Annal. des malad. des org. génito-urin. — 4) Taylor, Inflammation des vésicules séminales. Ibidem. — 5) Zoux, Deux cas de noeuds des corps caverneux. Ibidem.

Fuller (2) stellt im Anschluss an zwei schwere Fälle von Samenblasenerkrankung und bei theilweiser Berücksichtigung der betreffenden Literatur eine Reihe von Thesen auf:

Chronische nichttuberculöse Vesiculitis seminalis kann erfolgreich durch Exstirpation des Sackes behandelt werden; doch ist dieser Eingriff für weitgediehene Fälle mit schweren subjectiven Symptomen vorzubehalten und vorher die streichende Behandlung zu versuchen. Zur Ausführung der Exstirpation empfiehlt sich die Schnittführung von Kraske. Als Ergebniss der Exstirpation müssen alle subjectiven Beschwerden schwinden. Einseitige Exstirpation behindert nicht die geschlechtliche Function. Bei Exstirpation der Samenbläschen kann subacute Epididymitis eintreten, ohne dass der Hoden atrophirt.

Hautkrankheiten

bearbeitet von

Prof. Dr. E. LESSER in Berlin.*)

I. Allgemeine Literatur.

1) Kromayer, E., Allgemeine Dermatologie oder allgemeine Pathologie, Diagnose und Therapie der Hautkrankheiten. — 2) Leredde, Essai d'une classification pathogénique des Dermatoses. Ann. de Dermatol. p. 802. — 3) Frickenhaus, A., Zur Technik der Eleidindarstellung. Monatsh. f. pract. Derm. Bd. XXIII. No. 2. — 4) Buzzi, F., Ueber Eleidin. Ebendaselbst. — 5) Unna, Die ballonirende Degeneration der Hautepithelien. Dtsch. Medicinal-Ztg. No. 96. — 6) Audry, Ch., Sur les cellules isoplastiques (Mastzellen). Annal. de Dermatol. p. 9. — 7) Herxheimer und Müller, Ueber die Deutung der sogenannten Epidermisspiralen. Arch. f. Derm. Bd. XXXVI. S. 93. — 8) Schütz, Ueber den Nachweis eines Zusammenhanges der Epithelien mit dem darunter liegenden Bindegewebe in der Haut des Menschen. Arch. f. Derm. Bd. 36. S. 111. — 9) Neumann, J., Ueber die Beziehungen der Hautkrankheiten zum Gesammtorganismus und über toxische Exantheme. Arch. f. Derm. Bd. 36. S. 361. — 10) Payne, J. F. Bacteria in diseases of the skin. Lancet. July 4. — 11) Unna, Die Einwanderungswege der Staphylococcen in die menschliche Haut. Deutsche Medicinal-Ztg. No. 53 u. 54. — 12) Ders., Zur Immunität des Knäueldrüsenapparates gegen Eitercoccen. Dtsch. Medicinal-Ztg. No. 4. — 13) C. Rasch, Om Forholdet mellem Hudsygdomme og der arthritisk Diathese. Hosp. Tid. 4 R. IV, 48 49. p. 1147—1158, 1169—1181. — 14) Allen, Charles W., Some, glycosuric dermatoses. (Amer.) Med. News. Oct. 24. No. 17. — 15) Morrow, Prince A., The cutaneous manifestations in diabetes. New-York Med.-Record. April 11. p. 508. — 16) Brocq, L., Nouvelles notes cliniques sur les lichénifications et les Névrodermites. Première partie: Les Névrodermites. Annal. de Dermatol. p. 780. — 17) Hodara, M., Histologische Untersuchungen über die Einwirkung der Salicylsäure auf die gesunde Haut. Monatsh. f. pract. Derm. Bd. XXIII. No. 3. — 18) Frickenhaus, Ueber die Wirkung der Carbolätzung auf die gesunde Haut. Münch. Med. Wochenschr. S. 396. — 19) Schujeninoff. Ueber die Veränderung der Haut und der Schleimhäute nach Aetzungen mit Trichloressigsäure, rauchender Salpetersäure und Höllenstein. Ziegler'sche Beiträge z. path. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. XXI. — 20) Lockwood, The diseases of the skin, observed in a general practice of twenty-five years, and their treatment. Amer. med. News. Vol. LXIX, p. 337. — 21) Fournier, L'herpès. Gaz. méd. de Paris. N. 3 sequ.

Kromayer (1) giebt in 22 Vorlesungen eine Darstellung der Anatomie, der allgemeinen Pathologie, Diagnose und Therapie der Hautkrankheiten. Er fasst Epidermis und Papillarkörper als „Parenchymhaut" zusammen gegenüber der Lederhaut. Vom practischen Standpunct ist das gewiss richtig, da Epidermis und Papillarkörper in einem so innigen Zusammenhang stehen, dass bei Erkrankungen des einen Theiles wohl stets der andere mitbetheiligt ist. Aber grade wenn man die von K. selbst zum Vergleich herangezogenen Organe, Niere, Leber, berücksichtigt, würde man bei der Haut als „Parenchym" doch immer nur den epithelialen Theil bezeichnen dürfen, während der Papillarkörper dem interstitiellen Bindegewebe entspricht. In den folgenden Capiteln schildert K. die Hyperämie, Anämie, Oedem, Hämorrhagie und sucht überall durch sorgfältige eigene Untersuchungen unklare Punkte aufzuhellen. Besonders hervorzuheben sind die Untersuchungen über das Oedem, bei welchen nicht die Lymphstauung das Wesentliche ist, sondern die vermehrte Transsudation aus den Gefässen, und die Untersuchungen über die Hämorrhagien. K. kommt zu dem Resultat, dass auch die Stauungsblutungen durch Rhexis und nicht durch Diapedesis entstehen. (Plötzliches Auftreten der Blutungen und microscopisch gleicher Befund wie bei den sicher durch Rhexis entstandenen Blutungen im luftverdünnten Raum). Als Entzündung will K. nur die acuten Processe aufgefasst wissen, bei denen die alten Cardinalsymptome, rubor, calor, dolor und tumor, vorhanden sind und trennt scharf davon ab die chronischen mit Gewebsproliferation einhergehenden Krankheitsvorgänge. Die letzteren fasste K. als „Flechten" zusammen und hat für den Krankheitsvorgang selbst den nicht sehr empfehlenswerthen Namen „Flechtung" gewählt. Er unterscheidet zwischen infiltrirenden Flechten (Psoriasis,

*) Bei der Bearbeitung dieses Berichtes bin ich in dankenswerther Weise von den Herren DDr. Bruhns und Buschke unterstützt worden.

Eczema chron. Lichen ruber, L. scrophulosorum, Herpes tonsurans, Lupus erytematodes) und den Granulationsflechten (Tuberculose, Syphilis, Lepra, Rhinosclerom, Actinomycose, Rotz). Die Einreihung des Herpes tosurans unter die Flechten in K.'s Sinne, erscheint nicht gerechtfertigt, denn wenn auch die erste sichtbare Veränderung in den Randpartien wachsender Herpeskeise die Infiltration der Cutis vasculosa ist, so kann doch grade bei dieser Krankheit kein Zweifel darüber bestehen, dass der Ausgangspunkt der Erkrankung in der Epidermis liegt. K. selbst führt auch den Grund für die frühere Sichtbarkeit der Erkrankung in der Cutis vasculosa an, dass nämlich diese weit empfindlicher ist, als das Deckepithel.

Hervorzuheben ist die vorsichtige Zurückhaltung, die K. gegenüber den oft so wenig thatsächlich begründeten Anschauungen über die Aetiologie der Hautkrankheiten beobachtet, es ist nur zu billigen, dass er lieber die Unkenntniss der Ursache eingesteht, als dass er eine schlecht fundirte Hypothese aufstellt. Und ebenso sollte sich jeder angehende Arzt den Rath K.'s zu Herzen nehmen, lieber wenige bewährte Heilmittel in ihren Indicationen und Wirkungen genau kennen zu lernen, als stets nur die tagtäglich neu auftauchenden — und meist nach ephemerem Dasein wieder verschwindenden — Erzeugnisse der chemischen Fabriken zu probiren. — Wenn gewiss bei manchen Einzelheiten Widerspruch nicht fehlen wird, im Ganzen erkennt man überall das Bemühen des Verf.'s durch eigene Untersuchungen die Krankheitsvorgänge der Haut zu erklären und verständlich zu machen. Und für das letztere besonders kommt ihm seine knappe, ausserordentlich klare Schreibweise sehr zu statten. — Gute schematische und nach der Natur aufgenommene Zeichnungen unterstützen die Fasslichkeit des Inhaltes.

Leredde (2) classificirt die Hautkrankheiten nach ihrer Pathogenese. Bei den in der Dermatologie ja leider noch zahlreichen Affectionen, bei denen die Pathogenese völlig unklar ist, versucht er nach der ihm am plausibelsten erscheinenden Annahme eine Rubricirung in sein System. Es entstehen folgende Abtheilungen:

1) Primäre Hautkrankheiten; hierbei greift die Krankheitsursache in der Haut direct an:

a) traumatische;

b) parasitäre.

2) Secundäre; bei dieser Affection gelangt der Krankheitsreiz aus dem Organismus an die Haut und zwar:

a) auf dem Wege der Circulation;

b) auf den Nervenbahnen.

Die auf diese Weise resultirenden Störungen sind:

a) functionelle Erkrankungen;

b) eigentliche Dermatosen.

Den Beschluss bilden die Missbildungen und Neoplasmen.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass ein solches schliesslich auf das ätiologische Princip hinauslaufendes System das erstrebenswerthe Ideal ist. Allein solange wir bei den Dermatosen bezüglich der Aetiologie in so ausgedehntem Maasse noch im Dunklen tappen, erscheint es nicht statthaft, auf diese Weise eine Clasification vorzunehmen. Es kämen auf diese Weise ziemlich heterogene Affectionen wie Psoriasis und Pityriasis rubra pilaris, Favus und Eczem in eine Rubrik.

Frickenhaus (3) giebt eine Uebersicht über die Darstellungsmethoden des Eleidins; er fügt 2 neue Methoden von Unna hinzu. Wegen der Details muss das Orig. nachgelesen werden.

Buzzi (4) giebt einen Ueberblick über die technisch und sachlich das Eleidin betreffenden Forschungsergebnisse. Besonders richtet er das Augenmerk auf den event. genetischen Zusammenhang zwischen Eleidin und Keratohyalin und hofft, dass weitere Untersuchungen zur Lösung dieser Frage beitragen werden.

Unna (5) hält die Kenntniss der häufiger vorkommenden Degenerationsproducte der Zellen der Haut für wichtig, da dieselben leicht zur Verwechslung mit pflanzlichen und thierischen Parasiten führen. Unter ballonirender Degeneration versteht er eine blasen- oder ballonartige Veränderung der Stachelzellen, wie sie bei vielen mit Blasenbildungen einhergehenden Hauterkrankungen vorkommt. Die einzelnen Stadien, welche die sich verändernden Stachelzellen durchlaufen, bestehen erst in einer Abrundung der Zellen unter Verlust des Stachelpanzers, darauf geht das Protoplasma in eine allmälig gerinnende Substanz über, die entstehenden Zellkugeln nehmen dann die verschiedensten Formen an, werden oval, bandförmig etc. und endlich vermehren sich die Kerne unter amitotischer Theilung, oft zu grossen Kernhaufen.

Andry (6) hat systematisch bei den verschiedensten pathologischen Processen und in normaler Haut von Neugeborenen nach Mastzellen gesucht. Man findet sie überall, auch in der Haut Neugeborener, irgend eine besondere pathologische Bedeutung kommt ihnen nicht zu. Sie sind im wesentlichen um Lymph- und Blutgefässe angeordnet. Er kommt in Bezug auf die Genese der Mastzellen zu dem Schluss, dass alle Zellen, welche an dem Aufbau des normalen und pathologischen Bindegewebes sich betheiligen, die tinctorielle Reaction der Mastzellen annehmen können. Fixe Zellen, Leucocyten, Plasmazellen etc. Es handelt sich lediglich um eine eigenartige chemische Aenderung des Protoplasma der Zellen, deren Natur bislang nicht klar ist. Verf. glaubt nicht, dass diese Aenderung regressiver Natur ist.

Die von Herxheimer früher beschriebenen im Epithel verlaufenden Spiralfasern halten Herxheimer und Müller (7) nach neueren Untersuchungen für die durch die Weigert'sche Fibrinfärbungsmethode zur Schrumpfung gebrachten Zellcontouren, den Theil der Fasern, die als „Büschelform" beschrieben werden, für identisch mit Protoplasmafasern des Epithels. Den Ausdruck „Protoplasmafasern" präcisiren Verff. dahin, dass es sich um Fasern handelt, die das Protoplasma durchziehen.

Schütz (8) konnte in der Haut mit seiner Picrinsäure-Fuchsinmethode den Zusammenhang von Bindegewebszellen mit feinen elastischen Fasern nachweisen, diese treten dann an das Epithel heran, theilen sich pinselförmig in feinste Fibrillen und verlieren sich in die gerade Streifung des Stachelmantels. Er bestätigt damit seine früheren gelegentlich der Untersuchung von Psoriasis gemachten Mittheilungen.

Neumann (9) theilt die im Verlauf einer Infection des Gesammtorganismus auftretenden Hautaffectionen in 2 Gruppen:

1. Die sogenannten acuten infectiösen Exantheme (Masern, Scharlach, Variola, Flecktyphus etc.). Bei ihnen bildet das Exanthem einen wesentlichen Theil der Krankheit.

2. „Secundäre Infectionsexantheme". Diese treten im Verlaufe vieler Allgemeininfectionen auf, bilden aber keinen integrirenden Bestandtheil des Bildes, sondern sind mehr accidentell und inconstant; hierher gehören die im Verlauf des Typhus abdominalis, der Diphtherie, der Sepsis und Pyaemie auftretenden Exantheme. N. glaubt, dass sowohl die sub 1 wie die sub 2 erwähnten Exantheme auf die Erreger der ursprünglichen Infection resp. ihrer Toxine zurückzuführen sind und nicht reflectorisch auf vasomotorischem Wege entstehen. (cf. Fall Mayer, Pyaemie.) Eine besondere Stellung nehmen die syph. Exantheme und die sogen. Rheumatoiderkrankungen (Peliosis, acuter Gelenkrheum. etc.) ein. Letztere verdanken auch Microorganismen resp. Toxinen ihre Entstehung. Die syph. Exantheme rechnet N. in der Frühperiode sub 1, in der Spätperiode sub 2, von dem Gesichtspunkte ausgehend, dass letztere ja nicht regelmässig im Verlaufe der Syphilis auftreten. Im Anschluss hieran beschreibt N. einige Fälle von Aphthen, der Genitalien, des Mundes, in deren Verlauf Allgemeinsymptome: Fieber, rheumatoide Schmerzen und Exantheme analog dem Erythema exsudativum multiforme, nodosum und Bläschen und Pusteln auftraten. N. rechnet diese zu den „secundären Infectionsexanthemen" und glaubt, dass sie den Erregern der Aphthen resp. deren Toxinen ihre Entstehung verdanken.

Payne (10) erinnert an die nicht zu bezweifelnde ätiologische Bedeutung der Eitercoccen für die Acne, Sycosis, Furunkel u. s. w. und ferner an das Zusammentreffen von Impetigo contagiosa und Conjunctivitis, Otorrhoe, eitriger Stomatitis, Vaginitis. In den letzterwähnten Fällen ist die Hautaffection einmal der Ausgangspunkt für die zweite Erkrankung, in anderen Fällen ist das Verhältniss umgekehrt. Ferner kommen Fälle vor, wo nach längerem Bestehen einer inficirten Wunde ein impetiginöser Hautausschlag auftritt, der sich als übertragbar erweist. P. unterscheidet drei Stadien. Die Eitererreger leben zunächst saprophytisch auf der Haut, besonders an ihren Prädilectionssitzen — Füsse, Analgegend, behaarter Kopf —, dann im zweiten Stadium bekommen sie durch ein Trauma der Haut Gelegenheit pathogen zu werden, i. e. Eiterung zu erregen, und schliesslich steigert sich hierbei ihre Virulenz so, dass die Krankheit auf andere übertragbar wird. Auch für das Eczem — P. schliesst die durch äussere, chemische, thermische etc. Reize hervorgerufenen Dermatitiden aus — sind die Coccen von wesentlicher Bedeutung, indem sie das Weiterbestehen der Krankheit und die weitere Ausbreitung derselben bedingen, nachdem das ursprüngliche „Trauma", welches die pathogene Thätigkeit der Coccen auslöste, längst wirkungslos geworden ist. Bei dem Eczem wird aber in der Regel — nicht immer — die Virulenz nicht so gesteigert, dass die Uebertragung auf Andere stattfinden kann. (Den furchtbaren Namen „Staphylococcia purulenta cutanea" möchte Ref. nicht empfehlen.)

Unna (11) schildert ausführlich die Infectionswege und die histologischen Vorgänge in der Haut bei der Infection durch Staphylococcen. Je nachdem die Infection auf der behaarten oder der nackten — d. h. nur mit feinen Lanugohärchen besetzten — Haut stattfindet, entstehen klinisch wie microscopisch ganz verschiedene Bilder. Unter den Infectionen auf der nackten Haut bespricht Verf. die staphylogene Impetigo, die Folliculitis, die Furunkel der Neugeborenen, die indolenten Furunkel der fettarmen, marastischen Individuen und manche cryptogene Furunkel, endlich die umschriebenen Hautabscesse und das Panaritium. Von den Infectionen auf der behaarten Haut führt er an die staphylogene Impetigo der Haarbalgtrichter, die Furunkel der behaarten Hautgegenden, und vor allem die staphylogene Sycosis.

Gegenüber Brunner, welcher in Folge von Züchtungsversuchen bei pyämischen Zuständen eine Absonderung von Microorganismen durch die Knäueldrüsen annimmt, hebt Unna (12) hervor, dass es von grösster Wichtigkeit sei, auch den histologischen Nachweis der Eitercoccen im Knäueldrüsenapparat bei der Staphylococcenpyämie zu erbringen, was aber bis jetzt noch nicht gelungen sei. Dagegen wäre aber erwiesen, dass bei zwei eitrigen Hautaffectionen (Furunculose und Erysipel) der Knäueldrüsenapparat von Eitercoccen respectirt werde.

[C. Rasch (13) tritt gegen die durch die Wiener Schule verbreitete Unterschätzung des Einflusses der constitutionellen Verhältnisse und der Diathesen bei dem Entstehen der Hautkrankheiten auf und behauptet besonders die Bedeutung der arthritischen Diathese für solche Krankheiten. Er leitet seine Arbeit mit historischen Betrachtungen ein und hebt besonders die Richtigkeit der Ansichten Lorry's und Rayer's hervor, während er auf der anderen Seite ein offenes Auge für die Uebertreibungen Bazin's in dem „Arthritismus" und „Herpetismus" derselben hat, welche er dann näher characterisirt, weil sie fast die Grundlage der neueren französischen Dermatologie bilden. Er discutirt den umfassenden ätiologischen Begriff des Arthritismus und den endogenen Ursprung desselben (durch Autoinfection) im Gegensatz zu dem mehr exogenen der rheumatischen Diathese und im Gegensatz zum Nervosismus. Dem Verf. zufolge umfasst der Arthritismus die arthritische (urische), die rheumatische und die nervöse Diathese. Er bespricht dann näher die urische Diathese, ihre Diagnose und ihre Symptomatologie mit ihren Aeusserungen im Centralnervensystem, in den Respirationsorganen, den Digestionsorganen und in den Sinnesorganen; ferner die damit in Verbindung stehenden Ohren- und Gehörskrankheiten, sowie die generelle Constitution solcher Individuen, ihre Idiosyncrasie gegen Alcohol, Tabak u. m. und ihre relative Immunität gegen Tuberculose. Der Verf. geht dann näher auf das Verhältniss der urischen Diathese zu den Hautkrankheiten ein, besonders das zum Eczem,

zu der Psoriasis, zum Pruritus, zur Urticaria und zum recidivirenden Herpes. In Bezug auf Eczem reinigt er erst diese Categorie von mehreren fremdartigen Einmischungen; er erwähnt die Angaben Garrod's und Bouchard's von Häufigkeit dieses Leidens bei Arthritis. Der Verf. hat selbst bei 18 von 45 Eczematikern arthritische Disposition gefunden; er hebt das Vorkommen von Alteriren von Eczem und nervösem Asthma hervor, und accentuirt die Bedeutung einer wohl geordneten Diät, ganz besonders verpönt er den Gebrauch von Porter. Die Ansichten von der Psoriasis gehen ja noch immer weit auseinander. Der Verf. hat unter 29 der Privatpraxis gehörenden Fällen 14 mal arthritische Disposition gesehen; unter 67 im Kommunalspital von Kopenhagen vorgekommenen Fällen fand er Arthritis bei $4^1/_2$ pCt., chronischen Alcoholismus bei 24, rheumatische Diathese bei 18 und nervöse bei 15 pCt.; Psoriasis in der engeren Familie kam bei 9 vor. Psoriasis ist ganz wie Arthritis seltener in den wärmeren Himmelsgegenden, häufig bei den Juden, selten bei den Ungarn. Die verschiedenen Formen des diathesischen Pruritus kommen bei den Arthritikern häufig vor; der Verf. sah solche bei 3 von 5 Patienten. Auch die Urticaria hat oft einen urischen Hintergrund, hier bei 6 von 9 Individuen, ebenso der Dermatographismus und die ephemeren Oedeme. Arthritisch disponirte Individuen zeigen ferner besonders häufig recidivirenden Herpes der Mundhöhle und der Genitalien. Der Lupus erythematosus ist vielleicht ein Hybrid von Tuberculose und Arthritis. **R. Bergh.**]

Allen (14) bespricht die verschiedenen bei Diabetes vorkommenden Dermatosen. Bei manchen Fällen von Furunculose und Glycosurie nimmt er an, dass beide Affectionen von einer gemeinsamen Ursache abhängen. So führt er einen Pat. an, der in Folge reichlichen Champagnergenusses Glycosurie und Furunculose bekam. Regelung der Diät, Enthaltung vom Champagner brachten beide Affectionen zum Schwinden.

Morrow (15) giebt eine Uebersicht über die bei Diabetes vorkommenden Hautaffectionen.

Brocq (16) ergreift noch einmal das Wort in der schwierigen und viel discutirten Frage der Lichenification und der Neurodermitis. Er behandelt in diesem Capitel: 1. Die Neurodermitis chronica circumscripta mit Lichenification oder den Lichen chronicus Vidal. 2. Die Neurodermitis diffusa mit Lichenification. Die erstere Affection, die ja allmälig auch unter den deutschen Dermatologen zur Anerkennung gelangt, entwickelt sich in der Weise, dass das erste Symptom das Jucken darstellt. Eine sichtbare Hautveränderung besteht zu dieser Zeit noch nicht. Erst durch das Kratzen der erkrankten Stellen wird die Haut in der typischen Weise verändert, es entsteht die Lichenification in ganz circumscripten Plaques, die Haut erhält Aehnlichkeit mit Chagrinleder, die einzelnen Knötchen sind wohl unterschieden von den Efflorescenzen des Lichen ruber planus. 2. In der gleichen Weise entwickelt sich der Lichen diffusus. Auch hier entsteht zuerst der über grosse Hautstrecken ausgedehnte Pruritus, ohne dass an der Haut etwas zu sehen ist. Durch das Kratzen werden dann die typischen lichenoiden Veränderungen hervorgerufen, welche sich durch ihre Ausbreitung und ihre wenig scharfe Begrenzung vom Lichen chronicus unterscheiden. Wenn die erstere Affection zweifellos ein klares, klinisch gut abgegrenztes Krankheitsbild darstellt, so erscheint die Abtrennung des Lichen diffusus von verwandten Affectionen ungleich schwieriger. Es kommen hier in Betracht: Eczem, Lichen ruber planus, Urticaria chronica, Prurigo Hebrae, Prurigo diathésique (Besnier), Pruritus senilis. Es würde zu weit führen, in einem Referat auf die genauere Begründung der Diagnose einzugehen, Es sei nur erwähnt, dass der Lichen vom Eczem sich unterscheidet durch das Fehlen eczematoider Erscheinungen: Röthung der Haut, Bläschenbildung, Schuppung etc. Es fehlen bei ihm die typischen Eruptionen des Lichen ruber planus; nun kommen aber schon die Schwierigkeiten; mit der Urticaria chronica steht er in enger Beziehung, da sich in seinem Verlauf auch urticarielle Eruptionen entwickeln können. Vom Prurigo Hebrae unterscheidet sich die Affection durch das späte Auftreten und die regellose Localisation.

Zu dem Prurigo diathésique (Besnier) steht er wieder in sehr naher Verwandtschaft: B. versteht darunter juckende Hautaffectionen internen Ursprungs. Insofern gehört also auch die Neurodermitis als besondere Form dazu. Beim typischen Pruritus senilis bleibt im Gegensatz zum Lichen diffusus die Haut unverändert. Alle pruriginösen Affectionen stehen in gewissem Zusammenhang, weil sie alle nervösen Ursprungs sind. Daher kommt es, dass mehrere an einem Individuum gleichzeitig auftreten können.

Die N. treten bei neuropathischen Individuen auf, bei Alkoholikern, Leuten, bei denen durch Tabak, Kaffe etc. das Nervensystem alterirt ist. Demgemäss besteht die Behandlung in allgemein sedativer und roborirender, local in lauwarmen Douchen, juckmildernden Mitteln.

Hodara (17) applicirte auf menschliche und auf thierische Haut verschiedene Salicylpräparate und kam zu dem Ergebniss, dass beim Menschen durch kurzdauernde Einwirkung einer geringen Menge Salicylsäure auf die gesunde Haut eine Abblätterung der Hornschicht stattfindet. In grösserer Menge und längere Zeit angewendet, ruft die Salicylsäure eine Bildung von Schuppen hervor, die theils von der Hornschicht, theils von der stellenweise und bis zu verschiedener Tiefe necrotisirten Stachelschicht herrührt.

Frickenhaus (18) untersuchte microscopisch die Wirkung der Carbolätzung auf gesunde Haut beim Menschen, Kaninchen und Meerschweinchen. Die Tiefenwirkung bei menschlicher Haut ist nicht bedeutend und das direct betroffene Gewebe fällt unter dem Bilde des trockenen Brandes der Mumification anheim. In den Gefässen des Papillarkörpers findet sich Stase, erheblich seltener Thrombose. Nach 24 Stunden bildet sich um den Schorf ein Hof, die secundäre Leucocytose, die z. Th. in rein mechanischer Weise die Abstossung des Schorfes bewirkt. Die Abstossung des Schorfes erfolgt

erst, nachdem die Unterlage vollständig den Character des Deckepithels angenommen hat.

Schujeninoff (19) stellt als Resultat seiner Untersuchungen, deren histologische Einzelheiten im Original nachgelesen werden müssen, auf: 1) Die Möglichkeit der verschiedenen Wirkung einer Substanz auf die Haut und auf die Schleimhaut. 2) Die Existenz von Aetzmitteln, welche keine entzündliche Reaction hervorrufen (Wirkung der Trichloressigsäure auf die Haut). 3) Die relative Aehnlichkeit der Wirkung der Trichloressigsäure mit der Salpetersäure.

II. Specielle Pathologie der Hautkrankheiten.

Eczem.

1) Savill, Thomas D., On an outbreak of peri-oral eczema in the east-end of London. Lancet. Jan. 4. — 2) Muzbach, G., Ueber Gewerbe-Eczeme. I.-D. Berlin. — 3) van Hoorn, W., Microorganismen bei Seborrhoe. Monatsh. f. pract. Derm. Bd. XXIII. No. 10. — 4) Gastou, P., Deux cas de dysidrose palmaire (dysidrosis syphiloïde et vésiculo-bulleuse.) Ann. de dermat. p. 864. — 5) Alglave, P., Cas d'eczéma syphiloïde du cuir chevelu d'origine médicamenteuse et séborrheique. Ibid. p. 866. — 6) Brault, Traitement de l'intertrigo par l'acide chromique. Ibid. p. 651. — 7) Morgan, Edward, Novel Treatment of Eczema. Philad. Reporter. p. 483. — 8) Petersen, Grundlage der Eczem-Behandlung. Petersb. med. Wochenschr. No. 45.

Eine in einer von mehr als 1000 Kindern besuchten Schule ausbrechende Epidemie einer eigenartigen Krankheit beschreibt Savill (1). Die Erscheinungen glichen denen eines schuppenden Eczems, das in rundlichen Herden im Gesicht, besonders in der Umgebung des Mundes auftrat. Nur in wenigen Fällen wurden Eruptionen auch an anderen Körperstellen gefunden. Das Allgemeinbefinden wurde nicht beeinträchtigt. Die Krankheit war in hohem Grade ansteckend, von den ca. 1000 Kindern wurden annähernd 60 pCt. ergriffen, durch weitere Uebertragungen in den Familien stieg die Zahl der Erkrankten auf 1100—1200. Erwachsene wurden nur ganz ausnahmsweise angesteckt, so erkrankten 2 Lehrer. Da Impetigo contagiosa und Herpes tonsurans ausgeschlossen werden konnten, hält S. die Affection für eine eigenartige, konnte aber ihre Aetiologie nicht aufklären. Bemerkenswerth ist, dass die Epidemie an die Sommermonate 1894 gebunden war, im Winter und im Sommer 1895 kamen nur vereinzelte Fälle vor. Im Sommer 1894 kamen auch in anderen Theilen Londons ähnliche Erkrankungen vor. — Eine milde Creolin- oder Quecksilbersalbe führte in kurzer Zeit die Heilung herbei.

Gastou (4) schildert zwei Fälle von Dysidrosis mit Blasenbildung an den Händen. Bei einer 23jähr. Patientin, die seit 12 Jahren an starker Hyperidrosis, namentlich der Hände, leidet, treten in den heissen Monaten Bläschen an den Händen auf, die rasch grösser werden, platzen und trockene, rothe, von leicht erhabenem Saum umgebene Efflorescenzen hinterlassen. Die letzteren sind von Psoriasis palmaris syphilitica nicht zu unterscheiden, doch ist bei der Patientin im Uebrigen Lues ganz auszuschliessen. Dagegen leidet die zweite, 18jähr. Patientin an Anidrosis. Das erste Mal infolge einer psychischen Erregung traten, später öfters, namentlich im Sommer, an den Handflächen Blasenbildungen auf, die bis zu ihrem Verschwinden das gleiche Aussehen behalten und keine Schuppung zurücklassen. Sonstige nervöse Symptome sind bei der Pat. nicht vorhanden.

Alglave (5) stellt einen Fall von Eczem der Kopfhaut vor, dessen Aussehen und theilweise circinäre Anordnung an Syphilis erinnert, doch ist hier wegen der 17jährigen Dauer des Ausschlages, den Patient durch stark irritirende Waschungen noch verschlimmerte, und da sonstige Anhaltspunkte für Lues ganz fehlen, letztere Krankheit sicher auszuschliessen.

Brault (6) sah bei Intertrigo gute Erfolge von Einpinselungen mit 3proc. Chromsäurelösung, nachdem bei sehr starker Irritation Behandlung mit schwach antiseptischen Lösungen voraufgegangen war. Recidive treten seltener als bei anderen Behandlungsmethoden auf.

Morgan (7) giebt an, bei einem Patienten mit Eczem der Füsse jedesmal Besserung eintreten gesehen zu haben, wenn Patient Schuhzeug aus rothem Leder trug, während in Schuhen von schwarzem Leder wieder Verschlimmerung sich zeigte. Nach M. soll die eigenartige Bearbeitung des rothen Leders zur Folge haben, dass letzteres dichter wird und der Luft weniger Durchzug gestattet als das schwarze Leder.

Psoriasis.

1) Kuznitzky, M., Psoriasis unilateralis und die Theorien über Aetiologie der Psoriasis. Monatsh. f. pract. Dermat. Bd. XXIII. No. 8. — 2) Danlos, M., Psoriasis avec arthropathies. Annal. de dermat. p. 52. — 3) Herz, M., Ueber das gleichzeitige Vorkommen von chronischen Haut- und Gelenkserkrankungen. Wiener med. Wochenschr. S. 1684. — 4) Zalkowski, J., Zur Pathologie der Psoriasis. Inaug.-Diss. Tübingen. — 5) Kaposi, M., Zur Therapie der Psoriasis. Wien. med. Presse. No. 14. 15. — 6) Bertarelli, Note sur le traitement du psoriasis par les injections de calomel. Annal. de dermatol. p. 1320. — 7) Purdon, H. S., The thyroid treatment of psoriasis. Dublin Journ. p. 379.

Kuznitzky (1) berichtet über einen Fall von genau halbseitiger Psoriasis. Ein 20jähr. Metzger verletzt sich an der rechten Hand und 5 Wochen später entwickelt sich oberhalb der verletzten Stelle Psoriasis, die sich allmälig auf die rechte Körperhälfte ausbreitet. K. discutirt nun die Pathogenese der Psoriasis, ob parasitär oder neuropathisch. Er gelangt gerade auf der Basis dieses Falles zu dem Resultat, die Psoriasis entstehe im Anschluss an nervöse Veränderungen. (Es erscheint immerhin gewagt, aus einem doch sehr seltenen Ausnahmefall allgemeine Schlüsse zu ziehen, zumal sonst bei Psoriasis gerade Anhaltspunkte für eine nervöse Krankheitsbasis fehlen. Ref.)

Danlos (2) beobachtete einen Patienten, bei dem vor 16 Jahren ein subacuter Gelenkrheumatismus auftrat, in dessen Verlauf sich die erste Eruption der Psoriasis zeigte. Es entwickelte sich eine immer zunehmende deformirende Arthritis, besonders der kleinen Gelenke an Händen und Füssen. Die Psoriasis, die niemals ganz verschwand, zeigte wie gewöhnlich Intensitätsschwankungen, die Exacerbationen schlossen sich den besonders im Anfang des Winters auftretenden Attaquen des Rheumatismus an. Die Hauptsitze der Psoriasis waren der behaarte Kopf, die Vorderarme und Handrücken, der untere Theil des Rumpfes und die Unterextremitäten. Der Urin enthielt nichts Abnormes.

(Leider hat Verf. das Alter des Pat. nicht angegeben; in diesen Fällen pflegt die erste Eruption der Psoriasis ungewöhnlich spät aufzutreten, ein Punkt, der wohl für den Zusammenhang der beiden Affectionen zu sprechen scheint. — Ref.)

Herz (3) beschreibt drei Fälle von Combination von Haut- und Gelenkerkrankungen: 1. Psoriasis mit Arthritis deformans, 2. Polyarthritis rheumatica mit Eczem, dabei auffallende Atrophie der Musculatur, 3. Deformirung und Ankylosirung der Fingergelenke und eines Ellenbogengelenks mit sich wiederholender Abstossung der Epidermis der Finger in toto mitsammt dem Nagel.

Zalkowski (4) hält die Theorie Liebermeister's für die bestfundirte, dass die Psoriasis eine chronische Infectionskrankheit ist, bei der die Krankheitserreger im Blute vorhanden sind und auf der Haut sich localisiren.

Kaposi (5) bespricht die Schwierigkeiten der Psoriasisbehandlung, die theils in der Krankheit (grosse Ausdehnung und Intensität), theils in Complicationen (Eczem, Dermatitis) beruhen. Grade in diesen Fällen tritt die Behandlung mit den üblichen Mitteln, Chrysarobin, Pyrogallol, ganz in den Hintergrund und es sind zunächst ganz indifferente Salben, Cautschukgewänder, Bäder anzuwenden.

Bertarelli (6) sah bei 2 mit Calomelinjectionen behandelten Psoriasiskranken keine Besserung eintreten.

Purdon (7) behandelte 6 Fälle von Psoriasis mit Thyroidextract: nur in einem war ein guter Erfolg zu constatiren. Er holte die Ansichten einer Anzahl britischer Fachcollegen über diese Behandlungsart ein und erhielt von der Mehrzahl wenig günstige Antworten.

Lichen ruber.

1) Lukasiewicz, Lichen ruber acuminatus und planus an der Haut und Schleimhaut desselben Individuums. Arch. f. Derm. XXXIV. p. 163. — 2) Hallopeau, H., Sur un nouveau cas de lichen plan atrophique. Annal. de dermatol. p. 57. — 3) Derselbe, Sur un lichen plan en cravate et un lichen plan buccal avec éléments acuminés. Ibid. p. 572. — 4) Hallopeau et Schroeder, Sur un lichen plan limité à la muqu. buccale. Ibid. p. 1307. — 5) Danlos, Dermatose lichénoïde. Ibid. p. 719. — 6) Kopp, Demonstration. 1. Zwei Fälle von Lichen ruber planus. 2. 16 jähriges Mädchen mit Naevus vasculaire verruqueux de la face (Darier). Münch. med. Wochenschr. p. 39.

Lukasiewicz (1) giebt die ausführliche Krankengeschichte eines 26 jährigen Mannes, welcher vor acht Jahren erkrankte an einer ausgebreiteten Hautaffection, die z. Th. die characteristischen Erscheinungen des Lichen ruber planus, z. Th. die des Lichen ruber acuminatus darbot. Auch die Schleimhaut des Gaumens und Kehlkopfes war ergriffen. Störung des Allgemeinbefindens und Jucken fehlten. L. spricht sich für Identität des Lich. ruber acuminatus und der Pityriasis rubra pilaris aus. Dafür spricht auch der anatomische Befund (s. d. Original).

Hallopeau (2) constatirte in Bestätigung der früheren Beobachtungen, dass der Lieblingssitz des Lichen planus atrophicus die Beugeseite der Vorderarme am Handgelenk ist. Das gleichzeitige Vorhandensein characteristischer Veränderungen der Mundschleimhaut beweist die Zusammengehörigkeit mit der gewöhnlichen Form des Lichen planus. Die Drüsenmündungen sind in der Regel der Ausgangspunkt der Initialafflorescenzen.

Derselbe (3) sah in einem Fall neben den gewöhnlichen Efflorescenzen des Lichen planus ausgesprochene Acuminatus-Efflorescenzen, die er nur für eine bestimmte Erscheinungsform des Lichen planus hält. Bei einem zweiten Fall, bei dem die Eruption an der Mundschleimhaut begonnen hatte und auch im weiteren Verlauf sich fast ausschliesslich auf diese Stelle beschränkte, waren ebenfalls harte, spitze Knötchen neben den characteristischen, sternförmigen Plaques des Lichen planus vorhanden. Die Pityriasis rubra pilaris ist von diesen Lichenformen vollständig zu trennen.

Der Kranke Hallopeau's und Schroeder's (4) zeigt auf Zungen- und Wangenschleimhaut kleine weissliche streifenförmige Plaques und Knötchen theilweise mit centraler Depression, die wegen ihres Aussehens als Efflorescenzen eines Lichen planus aufgefasst werden. Sie sind indolent, keine nervösen Störungen vorhanden, keine Zeichen von Lues. In der Discussion hebt Fournier hervor, dass er keinen Grund einsähe, diese Knötchen gerade als Lichenefflorescenzen aufzufassen, es kämen zweifellos auch andere gutartige nicht specifische weissliche Plaques im Munde vor.

Prurigo.

Besnier, Sur la question du prurigo. Annal. de dermat. p. 981.

Besnier will die von Willan in der Ordnung der Papeln zusammengestellten Krankheiten — Strophulus, Lichen, Prurigo — unter dem Namen Prurigo in einer Gruppe vereinigt wissen, deren einzelne Glieder durch adjectivische Bezeichnungen auseinanderzuhalten seien. Das Wort Pruritus bezeichnet nur ein Symptom und darf nicht als Benennung einer Krankheit dienen. Die Grundursache der pruriginösen Krankheiten beruht sehr wahrscheinlich auf Alterationen des Blutes und sind diese Krankheiten daher als Toxidermien oder als Autotoxidermien, die temporär, intermittirend, remittirend oder permanent auftreten können, aufzufassen. Das toxische Element ruft mit dem Jucken oder in seinem Gefolge Circulations- und Nutritionsstörungen hervor, welche die primitiven Hautläsionen repräsentiren. Der Pruritus geht bei den Prurigo-Krankheiten den Hautveränderungen vorauf, er überdauert sie auch, während die Papeln niemals den Pruritus überdauern. Von der grössten Bedeutung für die Entstehung der Hautläsionen ist das Kratzen und andere Traumata.

Pemphigus.

1) Herxheimer, Ueber Pemphigus vegetans nebst Bemerkungen über die Natur der Langerhans'schen Zellen. Arch. f. Derm. Bd. 36. S. 141. — 2) Köbner, H., Ueber Pemphigus vegetans. Arch. f. klin. Med. Bd. 57. S. 163. — 3) Stüve, Stoffwechseluntersuchung

betreffend einen Fall von Pemphigus vegetans. Arch. f. Derm. Bd. 36. S. 191. — 4) Hallopeau et Jousset, Sur un nouveau cas de pemphigus foliacé consécutif à une dermatite herpétiforme. Annal. de dermatol. p. 370. — 5) Hastings, J. W., Report of a case of pemphigus foliaceus. Boston Journ. p. 229. (Tod $2^1/_2$ Jahre nach dem Beginn der Erkrankung.) — 6) Hallopeau, H., Sur la Dermatide bulleuse congénitale avec kystes épidermiques. Ann. de Dermatol. p. 453. — 7) Behrend, Martin, Ein Fall von Pemphigus acutus mit Horncystenbildung. Arch. f. Derm. Bd. 36. p. 343. — 8) Whipham, Th., Two cases of acute pemphigus treated by arsenic, with an account of some bacteriological experiments. — Lancet. May 2. — 9) Priestley, James, A case of acute pemphigus. Lancet. Oct. 31. p. 1212.

Herxheimer (1) theilt 3 Fälle von Pemphigus vegetans mit und vergleicht sie mit den bisher publicirten Fällen. Unter Anderen hebt er die Schwierigkeit der Differentialdiagnose gegenüber Stomatitis epidemica, Erythema exsud. multif. (mit Localisation auf der Schleimhaut), Stomatitis mercurialis, Dermatitis herpetif. Duhring hervor. Verf. betont im Gegensatz zu Neumann den chronischen Verlauf des Pemphigus vegetans. Mit Kaposi fasst er den Pemphigus vegetans als eine Form des P. vulgaris, nicht als eine Krankheit sui generis auf. Betreffs der Aetiologie hält er eine bacterielle Ursache für wahrscheinlicher, als eine auf nervöser Basis beruhende. Die Untersuchung des Rückenmarks des einen Falls ergab nichts Characteristisches. — Verf. giebt dann eine genaue histologische Beschreibung des einen beobachteten Falles. Beziehentlich der Langerhans'schen Zellen nimmt er einen Zusammenhang derselben mit Nervenfasern nicht an. Nach seinen Beobachtungen sind die L.'schen Zellen bindegewebiger Natur. Betreffs des Verhältnisses derselben zu den Chromatophoren kommt er zu dem Schluss, dass beide identisch sind, wenigstens soweit sie in der menschlichen Haut vorkommen.

Köbner (2) berichtet in einem Nachtrag zu seiner Arbeit über Pemphigus vegetans (Arch. f. klin. Med. Bd. 53. S. 63) über den weiteren Verlauf des zweiten dort beschriebenen Falles, bei dem nach ca. 3 jährigem Verschontbleiben ein nach etwa einem Jahr tödtlich endigendes Recidiv auftrat. Er berichtet ferner über einen weiteren (fünften) Fall bei einem 25 jährigen Mädchen, das erst in einem desolaten Zustande, kurz vor dem Tode in seine Behandlung kam. Strychnininjectionen hatten keinerlei hemmenden Einfluss auf den Verlauf gehabt. K. betont noch einmal seine schon früher ausgesprochene Ansicht, dass die Krankheit auf einer Intoxication beruht, wobei die Frage, ob das Toxin durch die bisher vergeblich gesuchten Bacterien oder anderweitig erzeugt wird, erst in zweiter Reihe kommt.

Stüve (3) untersuchte die Stoffwechselvorgänge des einen von 3 durch Herxheimer mitgetheilten Fällen von Pemphigus vegetans. Er findet dabei einen krankhaft gesteigerten Eiweisszerfall.

Hallopeau und Jousset (4) glauben, ebenso wie schon in einem früheren Fall, den Uebergang einer Dermatitis herpetiformis Duhring in einen Pemphigus foliaceus beobachtet zu haben. In der Discussion wenden sich Besnier und Tenneson — und mit Recht! — gegen diese „Rückkehr zur alten Anarchie“.

Hallepeau (6) schildert einen neuen Fall des von ihm 1890 beschriebenen Krankheitsbildes: Ein 55 jähr. Mann leidet seit frühester Kindheit an immer wieder auftretenden Blaseneruptionen, namentlich an den Streckseiten der Ellenbogen und Kniee, diese Blasen hinterlassen theils einfache Flecken, die erst pigmentirt, dann hell erscheinen, theils oberflächliche Narben; auf diesen Residuen der Blasen entstehen oft miliare Knötchen, Cystenbildungen, deren Inhalt aus einem Brei von Hornzellen besteht. Als Ursache dieser Cystenbildungen sieht H. die Obliteration eines Drüsenganges in Folge der Epidermisregeneration, die nach der Blasenbildung stattfindet, an (mit Darier). In letzter Zeit traten bei dem Patienten die Blasenbildungen auch an anderen Stellen des Körpers auf, es war starkes Jucken vorhanden. Die Blasen entstanden durch den geringsten äusseren Hautreiz, durch Kratzen etc. Ausserdem zeigte der Patient bedeutende Zerstörungen der Nägel, theilweise fehlten letztere gänzlich. Diese Hautaffection ist in der Familie des Patienten hereditär.

Behrend (7) hat an der Klinik von Lesser in Bern einen Fall von acutem Pemphigus bei einem 21 jähr. Mann beobachtet. Das Bemerkenswerthe war, dass nach Verschwinden der Blasen an den entsprechenden Stellen Milien resp. Milien-ähnliche Eruptionen sich entwickelten, die nach einiger Zeit völlig verschwanden. Die histologische Untersuchung der letzteren ergab, dass sie Cysten waren, zum Theil im Epithel zum Theil in der Cutis gelegen, und in Zusammenhang standen theils mit den Haarbälgen, theils mit den Schweissdrüsengängen. Bezüglich der genaueren Details sei auf das Original verwiesen. B. kommt zu dem Schluss, dass die zuletzt erwähnten Cysten wirkliche Horncysten sind, die Proliferations- und Retentionsvorgängen an den Schweissdrüsengängen ihre Entstehung verdanken. Aehnliche Cystenbildungen ohne Zusammenhang mit Pemphigus sind bei anderen Affectionen und zum Theil als selbstständige Krankheitsbilder unter verschiedenen Namen beschrieben worden (cfr. Orig.). Beim Pemphigus resp. in dessen Gefolge werden sie nicht häufig beobachtet.

In den beiden von Whipham (8) beschriebenen Fällen ging der Erkrankung eine Verletzung an der Hand voraus und W. hält es nicht für unmöglich, dass diese Verletzung als Eingangspforte für die den Pemphigus hervorrufenden Microorganismen gedient hat.

Priestley (9) beobachtete einen in 7 Tagen tödtlich verlaufenden Pemphigus acutus, bei dem die Eruption mit scharlachartiger Röthe begann, die für ein Prodromalexanthem von Variola gehalten wurde.

Dermatitis herpetiformis.

1) Gaucher et Claude, Réflexions, à propos d'un cas de dermatite herpétiforme, sur la nature de cette affection. Annal. de Dermatol. p. 1058. — 2) Gastou, Origine myélopathique des phemphigus. Ibid. p. 1292. — 3) Gaucher et Gastou, Pemphigus et

maladie de Duhring avec troubles nerveux et arthropathies. Ibid. p. 1287. — 4) Darier, J., Dermatite herpétiforme de Duhring. Eosinophilie. Ibid. p. 842. — 5) Leredde, Nouvelle note sur les charactères anatomiques de la maladie de Duhring. Ibid. p. 846. — 6) Cannet, Dermatite herpétiforme au cours de la grossesse. Ibid. p. 731. — 7) Derselbe, Dasselbe. Ibid. p. 384. — 8) Gastou, Note au sujet de la présentation de M. Cannet d'une malade atteinte d'herpes gestationis; examen histologique et bactériologique du sang, des bulles et du pseudoérysipèle. Ibid. p. 732.

Gaucher und Claude (1) kommen nach sorgfältiger Beobachtung eines Falles von Dermatitis herpetiformis bei einer 40jährigen Frau zu dem Resultat, dass weder Infection noch Autointoxication die Ursache der Krankheit sein kann, sondern eine nervöse Störung angeschuldigt werden muss. Weder der Blaseninhalt, noch die aus dem Blut (bei einer Probe) gezüchteten Coccen riefen bei Inoculation auf Thiere Krankheitserscheinungen hervor. Im Blut keine Vermehrung der eosinophilen Zellen. Der Erkrankung waren starke psychische Alterationen, die auch auf den körperlichen Zustand eingewirkt hatten, voraufgegangen. — Hallopeau spricht sich, ohne den nervösen Ursprung gewisser herpetiformer Dermatitiden in Abrede zu stellen, für die ursächliche Bedeutung der Autointoxication bei anderen aus. Barthélemy hält gerade die Duhring'sche Krankheit für die wichtigste der Toxidermien.

Gastou (2) findet bei einem zur Autopsie gekommenen Fall von Duhring'scher Krankheit im Rückenmark eine hochgradige Zellinfiltration in der Umgebung des gering erweiterten Centralcanals und an verschiedenen Stellen um die Gefässe. An den Orten der Zellinfiltrationen zeigten sich kleine lacunäre Erweiterungen, die etwas an die Spaltbildungen bei Syringomyelie erinnerten. G. betont die Uebereinstimmung sowohl mancher klinischen nervösen Symptome, wie der anatomischen Befunde bei Duhring'scher Krankheit und Syringomyelie.

Gaucher und Gastou (3) demonstriren zwei Patientinnen, deren reichliche Blaseneruptionen auf der Haut als Duhring'sche Krankheit aufzufassen sei. Beide Kranke bieten ausser starkem Pruritus hervortretende Symptome von Seiten des Nervensystems; die eine zeigt Atrophien, Contracturen an Händen und Füssen und Ausfallen der Nägel, auch Contracturen in den Knien, bei der andern trat kurz vor Beginn der Hauterkrankung eine Hemiplegie auf. Auch diese Fälle deuten darauf hin, dass bei der Entstehung und Entwicklung der Duhring'schen Krankheit das Nervensystem eine wichtige Rolle spielt.

Darier (4) constatirt in einem Falle von Dermatitis herpetiformis Duhring, dessen Symptome er ausführlich mittheilt, reichliches Vorhandensein von eosinophilen Zellen im Zellinfiltrat der Haut, im Blut (15 pCt.) und im Blaseninhalt (30—55 pCt. der weissen Blutkörperchen). Er bestätigt damit die Beobachtungen Leredde's und Perrin's.

Nach Leredde (5) findet man bei Duhring'scher Krankheit im Blut durchschnittlich 12—15 eosinophile Zellen unter 100 Leucocyten, als Grenzwerthe werden 7—8 und 33 auf 100 weisse Blutkörperchen angegeben. Im Blaseninhalt kommen 30—95 eosinophile Zellen auf 100 Leucocyten. Verf. ist der Ansicht, dass bei Duhring'scher Krankheit sich reichliche eosinophile Zellen sowohl im Blut wie im Blaseninhalt finden, und glaubt, sobald dieser doppelte Nachweis von eosinophilen Zellen gelingt, schon bei der ersten Eruption der Efflorescenzen alle anderen differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Hautaffectionen (Erythema multiforme, Pemphigus etc.) ausschliessen zu können, da bei letzteren ein reichliches Auftreten von eosinophilen Zellen entweder nur im Blaseninhalt oder nur im Blut zu constatiren sei. Immerhin gehöre dann zum Typus der Duhring'schen Krankheit noch der recidivirende Verlauf. Am Schluss äussert L. noch die Hypothese einer eventuellen bacteriellen Entstehung der Dermatitis herpetiformis Duhring.

Cannet (6) beschreibt einen typischen Fall von Herpes gestationis. Die Patientin war 8 mal gravide und darunter 4 mal von Herpes gestationis befallen, in diesen 4 Fällen starb jedesmal das Kind kurz nach der Geburt. Nachdem bei der Patientin die Blasen- und Pustelbildung fast abgeheilt ist, bekommt sie plötzlich ein erysipelartiges Erythem des Gesichts, das indessen ohne Fieber und ohne Drüsenschwellung verläuft und nach 3 Tagen vorüber ist.

Gastou (8) fand im Blute des Kranken ungewöhnlich viel mono- und polynucleäre Leucocyten und zahlreiche eosinophile Zellen sowohl im Blut als im Blaseninhalt. Er konnte aus dem Inhalt der Blasen und Pusteln Staphylococcen züchten, aber keine Bacterien in dem von verschiedenen Stellen des Körpers entnommenen Blute nachweisen.

Congelatio, Dermatitis durch Röntgenstrahlen.

1) Sehrwald, E., Dermatitis nach Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen. Deutsche med. Wochenschr. S. 665. — 2) Marcuse, W., Dermatitis und Alopecie nach Durchleuchtungsversuchen mit Röntgenstrahlen. Ebendas. S. 481. — 3) Drury, H. C., Dermatitis caused by Roentgen X-Rays. Brit. med. Journ. No. 7. — 4) Hodara, M., Beitrag zur Pathologie der Erfrierung. Monatsh. f. pract. Derm. Bd. XXII. No. 9.

Sehrwald (1) sah bei einem $13^1/_2$jähr. Knaben nach einmaliger Exposition von 45 Minuten Dauer eine Entzündung mit Knötchen- und Bläschenbildung, Juckreiz, einer sehr starken Pigmentirung, Verlust der Lanugohärchen und einer auffallenden Verminderung der Schweiss- und Talgabsonderung auftreten.

Marcuse (2) sah bei einem 17jähr. Mann, mit welchem während 4 Wochen fast täglich einmal, an manchen Tagen zweimal Durchleuchtungsversuche angestellt waren, eine Dermatitis auftreten, welche durch Röthung und Bräunung der Haut mit Abhebung der Epidermis characterisirt war und auf dem Rücken sogar zu tieferen Excoriationen geführt hatte. In der Temporalgegend hatte sich eine 5 Markstückgrosse lichte Stelle gebildet, an der die Haare fast alle ausgefallen

waren. Die noch vorhandenen spärlichen Haare sind leicht und schmerzlos ausziehbar und zeigen die Zeichen der Degeneration. Ob die X-Strahlen oder die hochgespannten Ströme, die bei der Nähe der Versuchsperson von der Röhre auf den Körper übergehen können, die Ursache dieser Veränderungen sind, lässt M. noch offen.

Der Patient Drury's (3) wurde zweimal wegen Symptomen von Nierensteinen mit Röntgenstrahlen durchleuchtet, das erste Mal eine Stunde lang, das zweite Mal, 6 Tage später, $1^1/_2$ Stunde. Am Tage nach der zweiten Aufnahme zeigten sich eczemartige Veränderungen am Abdomen, aus denen sich dann eine grosse reichlich seropurulentes Secret absondernde Geschwürsfläche bildete. Dieselbe erwies sich sehr hartnäckig gegenüber den verschiedenen therapeutischen Maassnahmen und war 16 Wochen nach der Röntgen-Aufnahme noch nicht geheilt.

Hodara (4) bestätigt auf Grund eigener Untersuchungen im Wesentlichen die Ergebnisse von v. Recklinghausen: Die Erfrierung besteht in einer hochgradigen entzündlichen Reaction der Haut mit verschiedenen Veränderungen des Blutes, vor allem in der Bildung von Thromben, und zwar hyaliner, leucocytärer, fibrinöser, erythrocytärer und fibröser. Die Thromben sind wahrscheinlich die Ursache der bei der Erfrierung eintretenden Necrosen.

Gangrän.

1) Janovsky, V. und H. Mourek, Beiträge zur Lehre von der multiplen Hautgangrän. Arch. f. Derm. Bd. 35. S. 359. — 2) Elder, W., Extensive cellulitis with necrosis of the skin of the abdomen in an infant. Edinb. Journ. p. 610.

Janovsky und Mourek (1) geben eine Uebersicht über die einschlägige Literatur, aus der sich folgende klinische Krankheitsgruppen ergeben:

1. Fälle, bei denen es sich um neuropathische Individuen handelt; durch eine zufällige äussere Läsion entwickeln sich gangränöse Herde, nachdem vorher vasomotorische Störungen aufgetreten sind. Die Gangrän betrifft die oberen Hautschichten.

2. Erkrankungen wahrscheinlich infectiösen Ursprungs: hierher gehören die von Demme publicirten Fälle, bei denen im Anschluss an Erythema nodosum mit Purpura Gangrän sich entwickelte. (D. hat hierbei einen specifischen Bacillus isolirt.) J. führt einen Fall eigener Beobachtung an, wo unter hohem Fieber, schweren Bewusstseins- und Allgemeinstörungen ein Variolaähnliches Exanthem entstand; die Efflorescenzen verwandelten sich in Geschwüre. Aetiologisch liess sich nichts Sicheres feststellen. Die Kranke genas.

3. Cachectische Gangrän: es handelt sich meistens um Kinder, die aus irgend einem Grunde, meistens Ueberstehen einer Infectionskrankheit, sehr herabgekommen sind. Vielleicht spielen auch hierbei bacterielle Ursachen eine Rolle.

4. Die zuerst von Fournier beschriebene progrediente Gangrän von Penis und Scrotum, die wahrscheinlich durch eine specifische Infection veranlasst wird.

5. Fälle, bei denen eine ganz entfernt liegende Ursache Gangrän hervorzurufen scheint: Verff. führen einen Fall an, wo im Anschluss an eine lange zurückliegende Sensenverletzung der Hand, die zur Amputation des Armes führte, sich Blasen und Geschwüre an verschiedenen Körperstellen entwickelten. Noch nach 20 Jahren entstanden Papeln und Blasen, die sich in Geschwüre umwandelten.

Nachdem dann noch der interessante Fall von Hallopeau und Damany kurz referirt ist, berichten Verff. über eine eigene Beobachtung, die sich unter obiges Schema nicht registriren lässt.

Ein 44jähr. sonst gesunder Mann bekommt — angeblich infolge eines Fliegenstiches — im Verlaufe von Wochen und Monaten an den verschiedensten Stellen der Extremitäten und des Rumpfes kleine und grosse flache Papeln, die sich in flache Geschwüre verwandeln. Während diese heilen, entwickeln sich an anderen Stellen ähnliche Efflorescenzen. Frei bleiben: Behaarter Kopf, Gesicht, Hals, Nacken, Brust, Rücken, Handteller, Fusssohlen. Allgemeinstörungen treten nicht auf. Bezüglich der histologischen Details sei auf das Original verwiesen. Hier sei nur erwähnt, dass das zur Papel führende Infiltrat um Knäuel-Talgdrüsen und Haarfollikel sich gruppirt, dass es von hier aus allmälig in die oberen Hautschichten vordringt und zur Gangrän führt. Aetiologisch war nichts Sicheres festzustellen. Verff. glauben, dass eine Infection vorlag. Zum Schluss wird der Fall von Rotter erwähnt, bei dem aus Pusteln gangränöse Stellen sich entwickelten und ein specifischer Bacillus gefunden wurde.

Elder (2) sah bei einem ca. 3 Wochen alten Kinde nach doppelseitiger Mastitis nach erysipelartiger Entzündung der Haut ausgedehnte Necrose der Haut und des Unterhautzellgewebes des Abdomen, so dass Magen und Colon, nur vom Peritoneum und den Fascien bedeckt, zwischen den auseinander gedrängten Rectis zu Tage traten. Tod.

Sclerodermie.

1) Wadstein, Ein Fall von Sclerodermia diffusa. Arch. f. Derm. Bd. 36. S. 39. — 2) Bailey, F. X. Dercum, Charles L. Dana, Scleroderma. New York. Med.-Report. April 25. p. 603. — 3) Biro, M., Ueber Sclerodermie. Medycyna. No. 46—49. (Poln.). — 4) Otto, R., Ueber Sclerodermie. I.-D. Berlin. — 5) Panegrossi, Sclerodermia e gozzo associati a malattia di Parkinson. Cura tiroidea. Bull. della Soc. Lacis. XVI. p. 46. — 6) White, Henton, Notes on a case of combined Scleroderma and Raynauds disease. Lancet. 25. April. — 7) Stephan, Een geval van Sclerodactylie. Nederl. Tijdschr. 8. Aug. No. 6. — 8) Brocq et Veillon, Sclérodermie en plaques et en bandes chez une petite fille. Ann. de dermatol. p. 603. — 9) Danlos, Cas de dermatosclérose. Sclérodermie en plaque. Ibid. p. 870.

Wadstein (1) beobachtete einen Fall von fast den ganzen Körper betreffender Sclerodermie bei einer Patientin, die an einem Herzleiden zu Grunde ging. Bei der histologischen Untersuchung findet er eine Atrophie der Epidermis, die unteren Zellen des Stratum Malpighi entsenden in das Corium eigenthümliche lange zapfenförmige Ausläufer. Coriumpapillen abgeflacht, in der Pars reticularis des Corium sehr reichliches structur-

loses Bindegewebe, das das Fett z. Th. verdrängt und das Corium fast unverschiebbar mit den darunter liegenden Fascien verbindet. Hypertrophie der Musc. arrectores pilorum vielfach kleinzellige Infiltration im Corium. Die Gefässwände im subcutanen Bindegewebe sind stark verdickt.

Bailey (2) sah eine Frau mit Sclerodermie deren Mutter und Brüder angeblich an derselben Krankheit gelitten hatten. — Unter den 3 Fällen von Dercum ist derjenige bemerkenswerth, bei dem sich die Sclerodermie an eine Kopfverletzung angeschlossen hatte. — Dana führt einen Fall von Sclerodermie an, der bis dahin als Hemiatrophia facialis angesehen war. Er spricht sich für die nahe Verwandtschaft, möglicher Weise Identität beider Processe aus.

Panegrossi (5) sah bei einer 60jährigen Patientin mit Paralysis agitans eine Sclerodermie mässigen Grades und das Bestehen eines Kropfes. Aus dem gleichzeitigen Vorhandensein der Hautaffection und der Struma und daraus, dass durch Thyreoid-Tabletten die Haut weniger gespannt und beweglicher wurde, schliesst P., dass in manchen Fällen ein Zusammenhang zwischen der Sclerodermie und pathologischen Veränderungen der Schilddrüse besteht.

Stephan (7) schildert einen Fall von Sclerodactylie bei einer 30jährigen Frau mit grosser Labilität des vasomotorischen Nervensystems. Er spricht sich für die neurotische speciell angioneurotische Aetiologie der Sclerodermie aus und weist auf die nahe verwandten, sicher neurotischen Affectionen hin, die auch mit Sclerodermie combinirt vorkamen, die Hemiatrophia facialis, Morbus Basedowii, Raynaud'sche Krankheit und Syringomyelie.

Brocq und Veillon (8) berichten über einen Fall von circumscripter Sclerodermie bei einem 7jährigen, an Knochentuberculose leidenden Mädchen. Bemerkenswerth ist, dass ein Herd sich an der Stelle einer durch eine Nadel gemachten Risswunde entwickelt hatte.

Danlos (9) demonstrirt einen Fall von isolirter dermatosclerotischer Plaque, die dadurch ausgezeichnet sei, dass vom Centrum des Plaque streifenförmige Narben wie Strahlen nach der Peripherie ziehen, die hier sich netzförmig verzweigen.

Hautatrophie.

1) Cantrell, J. Abbott, Erythematous atrophy of the skin of the face observed in peculiar circinate and oblong patches. Philadelphia Reporter. Vol. LXXV. p. 135. — 2) Riedel, A., Ein Fall von erworbener idiopathischer progressiver Hautatrophie. I.-D. Greifswald. 1895. (Affection des linken Beins bei einem 26jährigen Mädchen, Beginn vor 7 Jahren.)

Cantrell (1) sah bei einer 26jährigen Patientin, in deren Familie kein ähnliches Leiden, im Gesicht 14 blassrothe oder etwas dunklere Efflorescenzen von kreisförmiger oder länglicher Form, zwei sassen auf der Schleimhaut der Oberlippe. Die ältesten, zugleich die grössten, bestanden seit 4 Jahren. Einige Efflorescenzen etwas erhaben, andere haben gleiches Niveau wie die Umgebung, noch andere zeigen leichte Depression. Der Rand hebt sich mehr oder weniger scharf ab, stellenweise etwas pigmentirt. Das Centrum bei einigen Efflorescenzen etwas infiltrirt, bei einem grösseren Ring scheinen im Centrum die Papillen hypertrophisch. Die zwei Efflorescenzen auf der Oberlippe weich, dunkler als das übrige Lippenroth. Innerhalb der befallenen Stellen reichliche Verzweigungen der erweiterten oberflächlichen kleinen Gefässe sichtbar. In wärmerer Temperatur schwollen die Efflorescenzen bald an und sahen wie oedematös aus. Thibierge hat unter dem Namen „Atrophodermie erythémateuse en plaques excentrique“ einen ähnlichen Fall beschrieben.

Elephantiasis.

1) Koch, F., Ueber das Ulcus vulvae (chronicum, elephantiasticum etc.). Arch. f. Derm. XXXIV. S. 205. — 2) Kerstan, H., Ueber stabiles Oedem. Inaug.-Diss. Berlin.

Unter Zugrundelegung einer grösseren Reihe von Krankengeschichten schildert Koch (1) die klinischen Charactere des Ulcus vulvae chronicum. Am häufigsten ist dasselbe an der hinteren Commissur und in der Umgebung der Harnröhrenmündung vor, ist sehr häufig mit elephantiastischen Verdickungen der Vulva combinirt und findet sich am häufigsten bei Prostituirten, die schon eine längere Reihe von Jahren ihrem Gewerbe obliegen. Besonders wichtig in ätiologischer Hinsicht ist der Umstand, dass bei den meisten Patientinnen ausgedehnte Zerstörungen der Inguinaldrüsen (Vereiterungen, Totalexstirpationen grosser Bubonen) vorangegangen sind, und sind auf der einen Seite die hierdurch bedingten Lymphstauungen und andererseits entzündliche Localerkrankungen (Trauma, Erosionen, Ulcera mollia und andere geschwürige Processe) als Ursachen sowohl der elephantiastischen Verdickung wie des Ulcus chronicum anzusehen. Aetiologisch wie klinisch besteht eine ausserordentlich nahe Analogie mit dem Ulcus cruris. K. bespricht ausführlich die Differentialdiagnose, auch gegenüber dem sogenannten Lupus vulvae. Nach Ansicht des Verf.'s sind die Mehrzahl der unter diesen Namen veröffentlichten Fälle dem Ulcus vulvae zuzurechnen, da die bisher erbrachten Beweise nicht ausreichen, die tuberculöse Natur der Affectionen unzweifelhaft festzustellen. Die Möglichkeit des Vorkommens einer tuberculösen Erkrankung der Vulva wird natürlich nicht in Abrede gestellt. Der Therapie setzt das Ulcus vulvae hartnäckigen Widerstand entgegen, weil einmal die Lymphstauung nicht beseitigt werden kann und es andererseits auch in der Regel nicht gelingt, die localen Ursachen, Traumen, entzündliche Reizungen, auf die Dauer fern zu halten. Für den Polizeiarzt wie für die Prostituirtenabtheilungen ist daher das Leiden eine „wahre Crux“ und wenig befriedigend für den Arzt, aber sehr richtig sagt K.: „Glücklicher Weise verlieren die Meisten (sc. die Patientinnen), oft allerdings erst nach vielen Jahren die Geduld und verlassen dann die Stätte ihrer Wirksamkeit“. Sehr wichtig ist daher die Prophylaxe, soweit sie in der Hand des Arztes liegt, nämlich zumal bei

Prostituirten die Bubonen so schonend wie möglich zu behandeln, umfangreiche Exstirpationen nach Möglichkeit zu vermeiden und mit Incisionen, partiellen Excisionen, Injectionen etc. auszukommen zu suchen.

Kerstan (2) schildert unter Anführung mehrerer in der Literatur mitgetheilter Fälle die Erscheinungen des stabilen Oedems. Zum Beweis, dass dieses Krankheitsbild auf eine Stauung im Lymphgefässystem zurückzuführen sei, citirt Verf. aus der Literatur mehrere Fälle, in denen nach Zerstörung der Inguinallymphdrüsen stabiles Oedem der äusseren Genitalien eintrat. Es findet sich immer bei dieser Form des Oedems Erweiterung der Gewebsspalten nebst Vermehrung der in ihnen normaler Weise vorhandenen Lymphe sowie Lymphkörperchen, und Wucherung des Bindegewebes, letztere hervorgerufen theils durch Umwandlung der Lymphkörperchen in Bindegewebskörperchen, theils durch reactive Wucherung des schon vorhandenen Bindegewebes.

Neurosen.

1) Gaucher, E. et Barbe, Trophonévrose erythématobulleuse de la face et du cuir chevelu. Annal. de Dermatol. p. 867. — 2) Savill, Thomas D., The Pathology of itching and its treatment by large doses of calcium-chloride. Brit. med. Journ. Sept. 19. p. 782. cf. auch Lancet. August 1. — 3) Perrin, Des Névrodermies parasitophobiques. Ann. de Dermatol. p. 129. — 4) de Wannemaeker, Pathologie et traitement du prurit. Belgique méd. Vol. II. No. 45.

Gaucher und Barbe (1) berichten über einen 60jährigen Kranken, der seit 3 Monaten auf beiden Wangen, Stirn und Nase intensiv geröthete Efflorescenzen aufweist, die theils mit Blasen, theils mit braunrothen Krusten bedeckt sind. Auf dem Scheitel an 2 Stellen rupiaartige Krustenbildungen. Später an der hinteren Pharynxwand und neben der linken Tonsille Blasenbildungen und Schleimhautulcerationen. Patient zeigt noch nervöse Symptome: Seit längerer Zeit öfters sich wiederholende Schmerzen in den Extremitäten, doppelseitige Myosis, Herabsetzung der Patellarreflexe, Schwindel. Da die antisyphilitische Cur zwar anfangs Erfolg zu haben schien, dann aber während der Behandlung immer neue Eruptionen auftraten, nehmen Verff. wegen der gleichzeitig bestehenden nervösen Symptome eine „cutane Trophoneurose“ an.

Savill (2) hat bei Pruritus gute Erfolge von hohen Dosen von Calcium chloratum (1,2—2,4 3 mal täglich) gesehen.

Die durch Parasitophobie bedingten Hautneurosen finden sich nach Perrin (3) immer bei neurasthenisch veranlagten Personen. Diese Zustände treten entweder secundär nach einer geheilten Scabies oder einer anderen parasitären Hautkrankheit auf oder sie entstehen auch häufig primär; sie sind entweder auf dem Körper generalisirt oder auf einzelne Regionen localisirt. Abgesehen von secundären Kratzeffecten fehlt jede primäre Hautveränderung und die Krankheit ist anzusehen als eine rein psychische Erkrankung, aus der sich Hallucinationszustände und schwere Melancholie entwickeln können. Gewöhnlich ist jede äussere Medication erfolglos, nur in Verbindung mit psychischer Beeinflussung ist etwas zu erreichen.

de Wannemacker (4) empfiehlt gegen Pruritus Salophen, 4—5 g pro die.

Zoster.

1) Achard, Ch., Sur la topographie du zona. Gaz. hebdom. No. 19. — 2) Mahon, R. B., On the occurrence of zona below the knee, with notes of two cases. Brit. med. Journ. p. 1379. — 3) Brandl, Pemphigus neuriticus. Wien. med. Blätter. No. 28. p. 435. — 4) Rebreyend et Lombard, Psoriasis et Zona. Progrès méd. No. 49.

Achard (1) davon ausgehend, dass besonders bei den Intercostalzosteren die Eruption nicht dem Verlauf der peripherischen Nerven entspricht, hält es für wahrscheinlich, dass bei der Mehrzahl der Zosteren der ursprüngliche Krankheitsherd im Rückenmark gesucht werden müsse.

Da die Zahl der bekannten Fälle von Herpes zoster unterhalb des Knies so gering ist, theil Mahon (2) zwei Fälle seiner Beobachtung mit, in denen sich die Herpesbläschen bis auf die Zehen resp. bis unter die Knöchel erstreckten. In beiden Fällen war die Anordnung dem Nervenverlauf entsprechend.

Brandl (3) sah bei einer 20jährigen Arbeiterin im Anschluss an eine Verbrennung am Vorderarm in der Umgebung der Narbe und zwar sich distalwärts ausbreitend Eruptionen von stecknadelkopf- bis erbsengrossen Bläschen auftreten. (Der Fall gehört wohl in die Gruppe der sogenannten atypischen Zosteren [multiple, neurotische Hautgangrän], wie sie von Doutrelepont, Bayet, Joseph, Neuberger u. A. beschrieben sind und hat mit dem Pemphigus nichts zu thun. — Ref.)

Rebreyend und Lombard (4) sahen bei einem 47jährigen Psoriatiker eine chronisch verlaufende, atypische zosterähnliche Eruption und möchten den Fall als Stütze der trophoneurotischen Theorie der Psoriasis ansehen. (Es fehlt die Angabe, ob der Pat. lange Zeit mit Arsen behandelt ist. — Ref.)

Urticaria. Acutes Oedem.

1) Bäumer, J., Beiträge zur Histologie der Urticaria simplex und pigmentosa. Arch. f. Derm. XXXIV. S. 323. — 2) Gutteling, Een geval van Urticaria pigmentosa. Nederl. Tijdschr. No. 12. p. 471. — 3) Dubrisay et Thibierge, Un cas d'urticaire pigmentée. Annal. de derm. p. 1303. — 4) Fabry, Ueber Urticaria pigmentosa xanthelasmoides und Urticaria chronica perstans papulosa. Arch. f. Derm. XXXIV. S. 21. — 5) Eudlitz, Urticaire pigmentée probable. Annal. de derm. p. 882. — 6) Geijl und van Praag, Kann die Primula obconica eine Urticaria oder sonstige verwandte Krankheit hervorrufen? Monatsh. f. pract. Derm. Bd. XXII. No. 4. — 7) Galatti, D., Ein Fall von Oedem der Haut und des Gehirnes. Wiener med. Wochenschrift. S. 630. — 8) Rabitsch-Bey, Ein Beitrag zur Casuistik der acuten Hautödeme. Ebendas. S. 628. — 9) Meinert, Ein Fall von acutem toxischem Gesichtsödem. Wien. med. Presse. No. 16. S. 541.

Bäumer (1) gewann das Material für seine Untersuchungen in einwandfreier Weise, indem er eine an seinem eigenen Vorderarm mittelst der Urtic. urens erzeugte Quaddel ohne jede Localanästhesie excidiren liess. So wurden alle artificiellen Veränderungen (durch Cocaininjection, Aetherspray) ausgeschlossen.

Die elastischen Fasern sind durch das Oedem auseinandergedrängt, aber nirgends zerrissen, wie Unna nach der Untersuchung einer mit Aetherspray vereisten Quaddel angenommen hatte. Die Bindegewebsspalten und kleinsten Lymphgefässe sind stark erweitert, die Capillaren und Blutgefässe der oberen und mittleren Cutisschicht dagegen durch das umgebende Oedem vollständig comprimirt. Die die Gefässe sowie die Schweiss- und Talgdrüsen einscheidenden Lymphräume sind erweitert. Das Oedem betrifft hauptsächlich die mittleren und unteren Cutisschichten, doch auch den Papillarkörper. Der Abstand der fixen Bindegewebszellen von einander ist grösser als unter normalen Verhältnissen. Die Epidermis zeigt keine Veränderungen. — Die Untersuchung der Quaddel von Urticaria pigmentosa bestätigt das Vorherrschen der Mastzellen im microscopischen Bilde. Dieselben finden sich in Strängen angeordnet, gegenseitig sich abplattend. Nur da, wo wenige Mastzellen vorhanden sind, zeigen dieselbe Spindelform. B. schliesst sich der Anschauung Ehrlich's an, dass die Mastzellen überernährte Bindegewebszellen sind, wofür der Befund zahlreicher Mastzellen bei allen Lymphstauungen — Elephantiasis, chronisch entzündliche Zustände etc. —, das Fehlen bei seniler pergamentähnlicher Atrophie sprechen. Die Pigmentirung steht microscopisch hinter der Mastzellenanhäufung zurück. An den Stellen vollster Entwickelung der Quaddel sind mehrere Schichten der Epidermis pigmentirt, dagegen findet sich kein Pigment in der Cutis. Nur an den in Rückbildung befindlichen Stellen finden sich kleine Pigmenthäufchen dicht unter dem Epithel. — Um der Frage der Mastzellenbildung experimentell näher zu treten, reizte B. dieselbe Stelle seines Vorderarms 4 Tage lang immer wieder mit Brennnesseln und liess dann die Haut exidiren. Blut- und Lymphgefässe sind enorm erweitert, die Blutgefässe von Zellsträngen umgeben, in denen sich Leukocyten, Mastzellen und offenbar aus den Adventitiazellen stammende Elemente fanden, die tinctoriell sich den Mastzellen gleich verhielten und als junge Mastzellen anzusprechen sind.

Gutteling (2) beobachtete einen Fall von typischer Urticaria pigmentosa bei einem 6½monatlichen Knaben; gleichzeitig bestand starke Urticaria factitia. Die sehr nervöse Mutter und ein Bruder der Mutter hatten seit Jahren dann und wann Urticariaeruptionen.

Dubrisay und Thibierge (3) theilen einen Fall von Urticaria pigmentosa mit, der sich von dem hinlänglich bekannten Krankheitsbild im Wesentlichen nur dadurch unterscheidet, dass die sämmtlichen Symptome, die sich gleich nach der Geburt in kurzer Zeit entwickelt hatten, von da ab ganz stationär blieben und dass nie neue Eruptionen dazugekommen waren.

Fabry (4) berichtet über den weiteren Verlauf des früher (Verb. d. Deutsch. Derm. Gesellsch. IV. Congr. S. 376) von ihm veröffentlichten Falles von Urticaria pigmentosa xanthelasmoides, bei dem die Rückbildung der Efflorescenzen nur sehr langsam stattfand und innerhalb von 2 Jahren nur einmal frische Eruptionen beobachtet werden konnten. Die Untersuchung eines excidirten Hautstückes bestätigte das zuerst von Pick beschriebene Vorhandensein zahlreicher Hämorrhagien, die nach F. die Erklärung für die eigenthümliche Verfärbung der Haut geben. Nach dem Vorgange von Pick unterscheidet F. streng zwischen der Urticaria pigmentosa simplex und der Urticaria pigmentosa xanthelasmoides, welche letztere durch die geradezu geschwulstartigen, lange Zeit persistirenden Efflorescenzen characterisirt ist. — Weiter berichtet F. über einen Fall chronischer persistirender papulöser Urticaria bei einer 40jährigen Frau und im Nachtrag über ein 18 Wochen altes Kind mit Urticaria pigmentosa (simplex oder xanthelasmoides war noch nicht zu entscheiden) mit intrauterinem Beginn der Krankheit.

Eudlitz (5) demonstrirt ein 3jähr. Mädchen, das im Gesicht auf d. Rumpf und den unteren Extremitäten linsengrosse braune, theilweise papulöse Efflorescenzen aufweist, die z. Th. seit 1 Jahr, z. Th. seit 6 Wochen bestehen sollen und Anfangs roth aussahen. E. hält diesen Ausschlag, obgleich er keinen Pruritus oder weitere auf Urticaria deutende Symptome constatiren kann, doch für Urticaria pigmentosa. — Pringle (London) bestätigt die Diagnose mit dem Hinweis, dass in London analoge Fälle von Urticaria pigmentosa ohne Pruritus häufig seien.

Geijl und van Praag (6) sahen bei einer 39jähr. Patientin mit starkem acutem Oedem einhergehende Urticaria im Gesicht und an den Volarseiten beider Hände, ausser Quaddeln zeigten sich auch Blasenbildungen. Der Ausschlag trat oft mit der Menstruation auf. Gleichzeitig bestanden Endometritis, schlecht verheilte Einrisse an Cervix und Perineum, Adnexerkrankung. Nach gut verlaufener gynäcologischer Operation bleibt auch der Ausschlag weg. Seit der Zeit der Operation aber hatte die Pat. zufällig auch ein Exemplar der Primula obconica, das sie vorher jahrelang gepflegt und viel berührt hatte, aus ihrem Zimmer entfernt. Da nun wesentlich in englischen Zeitschriften mehrfach Urticariabildung durch Einwirkung dieser Pflanze beschrieben ist — die Ursache der Hautreizung soll durch die kleinen an den Blättern sitzenden Härchen gegeben sein — so halten Verff. es nicht für unmöglich, dass auch hier die Pflanze den Ausschlag bewirkt haben könne. Doch möchten sie auch einen Zusammenhang der gynäcologischen Erkrankung mit dem Hautleiden nicht ohne Weiteres ausschliessen.

Galatti (7) sah bei einem 7monatlichen Kinde ein masernähnliches Exanthem, Oedem beider Unterschenkel und eine schlaffe Lähmung des rechten Arms. Letztere wird auf circumscriptes Gehirnödem zurückgeführt; Oedeme und Lähmung schwanden nach kurzer Zeit.

Meinert (9) sah ein acut auftretendes und verschwindendes Oedem der Lippen und Wangen, von einer kleinen Verletzung der Unterlippe ausgehend, 11 Tage später eine ebenso rasch vorübergehende ödematöse Schwellung des rechten unteren Augenlides.

Erythem, Exantheme bei Infections-Krankheiten. Purpura.

1) Düring, E. v., Beitrag zur Lehre von den polymorphen Erythemen. Arch. f. Derm. Bd. XXXV. S. 211. — 2) Rocca, Le alterazioni di molti nervi periferici in un caso di Eritema polimorfo flittenoide. Arch. per le scienze med. Vol. XX. No. 15. — 3) Grenzner, R., Ein Beitrag zur Kenntniss des Erythema nodosum. Prager med. Wochenschr. No. 38. — 4) Debove, Erythème noueux. Gaz. hebdom. No. 5. — 5) Brocq, L., Note pour servir à l'histoire des éruptions d'origine palustre. Annal. de dermatol.

p. 1. — 6) Rosenthal, M., Beiträge zur Lehre und Casuistik des Erythems bei Angina und Diphtherie. I.-D. Berlin. — 7) Weiss, J., Zur Kenntniss der septischen Exantheme. Wiener med. Bl. No. 18. — 8) Barham, C. R., Toxic erythema. (Amer.) Med. News. p. 351. — 9) Finger, E., Ein Beitrag zur Kenntniss der Dermatitis pyaemica. Wien. klin. Woch. No. 25. — 10) Gastou et Cannet, Sur une forme de dermatite pustulo-ulcéreuse généralisée. Staphylococcie cutanée gangréneuse à poussées successives. Annal. de dermatol. p. 597. — 11) Meyer, Rudolf, Ueber ein metastatisches Hautexanthem bei Sepsis. Langenb. Arch. 52. Bd. Heft 1. — 12) Unna, P. G., Phlyctaenosis streptogenes, ein durch Streptococcenembolisation erzeugtes, acutes Exanthem. Dtsche. Med. Zeitung 1895. No. 52. — 13) Koppeschaar, Dermato-myositis acuta. Geneesk. Tijdschr. voor nederl. Indie. XXXVI. p. 80. — 14) Unna, Ueber Purpura senilis. Wiener med. Presse. 1895. No. 40. — 15) Shepherd, Fr. S., A remarkable case of purpuric eruption ending in gangrene, apparently caused by sodium salicylate. Journ. of cutan. diseases. January.

v. Düring (1) giebt zuerst eine literarische Uebersicht über die Definition und Auffassung der polymorphen Erytheme seitens verschiedener Autoren. Es geht daraus hervor, dass in dieser Frage eine grosse Verwirrung herrscht, dass ätiologisch und in Bezug auf ihre klinische Dignität ganz verschiedene Krankheiten zusammengebracht werden. Er macht dann den Versuch, eine kritische Sichtung und Ordnung in das Chaos zu bringen und nimmt als Basis und Ausgangspunkt hierfür eine besonders unter den türkischen Soldaten, weniger unter der sonstigen türkischen Bevölkerung, endemisch vorkommende Krankheit. Nach einer Incubation von einigen Tagen treten vorzüglich an den Streckseiten der Extremitäten und dem Gesicht unter theils leichter theils höherer Febricitation Eruptionen auf, die völlig dem typischen Erythema exsudativum multiforme gleichen; meistens treten dann noch schubweise neue Eruptionen auf. Der Hautaffection folgen zuweilen Schleimhauterkrankungen, fast regelmässig eine in Form und Localisation eigenartige Conjunctivitis. Die Affection verläuft in ca. 14 Tagen fast immer ohne Complicationen, nur ein Gefühl der Schwäche und Abgeschlagenheit bleibt noch einige Zeit zurück. Milztumor ist immer vorhanden. Die Affection kann denselben Pat. öfter heimsuchen. Sie tritt im Herbst und Frühjahr auf. Es ist nach der Schilderung nicht zweifelhaft, dass es sich um eine den acuten Exanthemen analoge Infectionskrankheit handelt, deren Aetiologie bisher unklar ist.

D. ist nun der Ansicht, dass in gleich typischer Weise auch das Erythema nodosum eine Infectionskrankheit sui generis ist, nur dass hier vielfach schwere Complicationen: Arthritis, Endocarditis etc., eintreten können.

Neben diesen beiden, den acuten Exanthemen homologen Infectionskrankheiten, giebt es nun polymorphe Erytheme, die dem Aussehen nach jenen sehr ähnlich sein können, der Aetiologie nach aber und vor allem gemäss ihrer klinischen Dignität nach von ihnen zu trennen sind. Es sind keine Krankheiten sui generis, sondern secundäre Erscheinungen anderer Allgemeinkrankheiten.

D. theilt sie in zwei Gruppen:

1. Angioneurosen, hierher gehören die toxischen Erytheme nach Verabreichung von Medicamenten, bei Typhus, Cholera etc.
2. Embolische Erytheme, z. B. manche bei Septicämie entstehende Hautaffectionen.

Bei einer 51jährigen Patientin, die die Erscheinungen eines acuten Erythema exsudativum multiforme bot und unter Symptomen von Meningitis, Pneumonie und Nephritis ad exitum kam, untersuchte Rocca (2) die Zweige des in Müller'scher Flüssigkeit und Alcohol gehärteten Plexus brachialis. Er fand auf acut neuritische Processe hindeutende Veränderungen, interstitielle entzündliche Infiltrate von Leucocyten, Vermehrung der Kerne des Neurilemms, Capillarerweiterungen mit Blutaustritt in die Nervenscheiden.

Grenzner (3) stellt im Anschluss an einen von ihm beobachten Fall von Erythema nodosum die sich widersprechenden Ansichten der verschiedenen Autoren über den Zusammenhang dieser Krankheit mit acutem Gelenkrheumatismus zusammen. In seinem Fall constatirt Verf. einen sicheren Zusammenhang der Erscheinungen des Erythema nodosum mit acutem Gelenkrheumatismus.

Brocq (5) sah bei einer 40jährigen Dame, welche mehrfach an larvirter Intermittens (Lungencongestionen in dreitägigem Typus) gelitten hatte, an der Nase eine circumscripte eigenartige Eruption, bei der in doppelt dreitägigem Typus in den Morgenstunden Verschlimmerung, Congestion und seröse Absonderung, eintrat. Es folgten sich regelmässig eine mildere und eine stärkere Attaque. Nachdem die verschiedensten äusseren Mittel nichts gefruchtet hatten, wurde die Affection durch Chinin prompt beseitigt. Die verordnete Arsentherapie wurde nicht lange genug befolgt und so traten noch 3 Recidive auf, die jedesmal dem Chinin wieder wichen.

Rosenthal (6) schildert einige Fälle von Angina und Diphtherie mit begleitendem Erythem, das theils als Erythema nodosum, theils als Urticaria, theils als Erythema exsudativum multiforme auftrat. Die bacteriologische Untersuchung zweier Fälle ergab ein negatives Resultat. Verf. nimmt mit den meisten anderen Autoren an, dass diese Erytheme durch toxische Producte pathogener Microorganismen, besonders der Streptococcen und Diphtheriebacillen, die auf das capilläre Gefässsystem einen localen Reiz ausüben, verursacht werden.

Weiss (7) bespricht unter Mittheilung einiger von ihm beobachteter Fälle die verschiedenen Formen von septischen Exanthemen. Eine der häufigsten Formen ist die scarlatinöse. Dazu gehört auch die überwiegende Mehrzahl der Puerperal-Scharlachfälle und die Fälle von Wundscharlach. Wahrscheinlich stehen jene septischen, die Exantheme veranlassenden Stoffe mit dem Virus des genuinen Scharlachs in inniger Beziehung, wenn sie auch keineswegs mit einander identisch sind. Ausser dem Scarlatinaexanthem treten nach septischen Infectionen auch noch urticaria-, erysipel- und papulo-pustulöse Exantheme auf. Namentlich die letzte Form ist sehr selten.

Barham (8) sah Erythem auftreten bei Empyem, Hüftgelenksvereiterung, Mittelohrabscess.

Finger (9) untersuchte 5 Fälle von pyämischen bacteritischen Dermatitiden microscopisch, von denen bei zweien vom Fettgewebe ausgehende Infiltrate vorhanden waren und der klinische Verlauf dem einer Furunculose glich. Beim dritten Fall fanden sich zahlreiche miliare Abscesse im subcutanen Bindegewebe, während klinisch das Bild eines Erythema papulatum mit eingestreuten Pusteln vorhanden war. Der vierte und fünfte Fall stellte sich klinisch als Erythema papulatum mit Pustelbildung und als Erythema maculosum und papulosum mit Hämorrhagien dar. In allen Fällen zeigte die histologische Untersuchung, dass die Ursache des Exanthems in einer metastatischen Cocceninvasion zu suchen ist. Ganz besonders instructiv ist der letzte Fall, bei dem sich zahlreiche Streptococcenembolien in den Hautgefässen fanden. Bei früherer Gelegenheit hatte F. nachgewiesen, dass die Obliteration der Blutgefässe der Haut mit Coccenpfröpfen allein eine Blutung nicht hervorzubringen vermag, sondern, dass eine Schädigung der Gefässwand, die sich erst nachdem die Embolie eine gewisse Zeit besteht, geltend macht, zum Zustandekommen der Blutung erforderlich ist. F. nimmt daher für die reinen primären Hautblutungen eine andere Ursache als Coccenembolien an, die er auch in 6 darauf untersuchten Fällen nicht finden konnte. Schon die relativ wenigen bis jetzt bekannten Fälle zeigen, dass die pyämischen Dermatitiden ausserordentlich polymorph sind. F. glaubt aber, dass das vorliegende Material noch nicht ausreicht, um weitergehende Abgrenzungen der einzelnen Formen, etwa der staphylogenen und der streptogenen, vorzunehmen. In den ersten 4 Fällen war der Staphylococcus pyogenes aureus gefunden worden. Der Ausgangspunkt der Erkrankung war zweimal eine durch directe äussere Infection entstandene Furunculose bei neugeborenen Kindern, zweimal eine Endocarditis acuta und einmal eine Phlegmone colli.

Gastou u. Cannet (10) sahen bei einem $2^1/_2$jähr. Kinde eine Eruption confluirender polycyklischer Ulcerationen von gangränösem Aussehen, die hauptsächlich den Rücken einnahmen und ungefähr dem Bilde der multiplen cachectischen Hautgangrän entsprachen. Der Hautaffection war Keuchhusten und Gastro-intestinalcatarrh voraufgegangen. In den Herden fand sich der Staphylococcus albus und microscopisch fanden sich die Zeichen einer diffusen Entzündung der Haut und des Unterhautbindegewebes, die am stärksten in der Umgebung der Schweissdrüsen entwickelt war. Der Herd im Ganzen bildete einen Kegel, dessen Spitze in der Gegend des Drüsenknäuels und dessen Basis an der Oberfläche entsprechend dem Ausführungsgang lag, umgekehrt wie beim Furunkel, bei dem die Spitze des Herds an der Peripherie, die Basis in der Tiefe liegt.

Meyer (11) fügt den wenigen sicheren Fällen, bei denen bacterielle Metastasen als Ursache eines Exanthems nachgewiesen sind, eine neue Beobachtung hinzu. Bei einem 14jährigen Knaben, der an Sepsis, von einem Furunkel an der Stirn ausgehend, zu Grunde ging, trat kurz vor dem Tode ein pustulöses Exanthem auf. Die Untersuchung zeigt, dass die Erkrankung im wesentlichen den Papillarkörper betrifft und in der Mitte des Herdes fand sich ein Haufen von Staphylococcu in einem Gefäss. Haarbälge und Schweissdrüsenausführungsgänge waren frei von Coccen. Es ist nicht zweifelhaft, dass es sich um ein durch Coccenembolien hervorgerufenes Exanthem handelt. Aus dem intra vitam aus einer Armvene entnommenen Blut wurde Staphylococcus pyogenes aureus gezüchtet. — Während so wenigstens in einigen Fällen die Infection als Ursache des Exanthems nachgewiesen ist, lässt sich der Beweis, dass auch die Intoxication Exantheme bedingt, nicht so leicht erbringen. Damit will M. diesen Vorgang selbstverständlich nicht in Abrede stellen, im Gegentheil nimmt auch er an, dass die Mehrzahl der Exantheme durch toxische Processe zu Stande kommt.

Unna (12) sah bei einem einjährigen Kind nach Ablauf von Masern eine universelle Eruption von acneartigen Knötchen auftreten. Das Kind ging nach einigen Tagen zu Grunde und die Untersuchung der Efflorescenzen ergab ein den Pockenpusteln auffallend ähnliches Bild. Besonders wichtig ist aber, dass sich entsprechend den Herden Streptococcenembolien in den Capillargefässen des Papillarkörpers fanden, von denen bei älteren Efflorescenzen die Streptococcen in die Epidermis, zunächst in die seitlichen Partien des Herdes einwandern. Die Emigration weisser Blutkörperchen fehlt vollständig. Die Erzeugung der pockenähnlichen Efflorescenz ist eine Fernwirkung der in den oberflächlichen Capillaren der Cutis angesiedelten Coccenhaufen, die Coccen wandern erst später in die Efflorescenz ein. Das Epithel der Haarbälge und Knäueldrüsen sowie der Schweissporen war coccenfrei.

Koppeschaar (13) sah in Ternate (Niederl. Indien) einen Fall von Dermato-myositis acuta, beginnend mit einem universellen papulösen Eczem. Unter hohem Fieber und schweren Allgemeinstörungen entwickelten sich erysipelartige Schwellungen der Haut an den Oberarmen, der linken Brustseite, der linken Renalgegend. In der Tiefe harte empfindliche Infiltrate. Nach mehrfachen Incisionen und Entleerung erheblicher Mengen eines mit necrotischen Fetzen gemischten Eiters Heilung.

Unna (14) hat die mit Unrecht in Vergessenheit gerathene Purpura senilis Bateman's wieder ans Tageslicht gefördert und durch anatomische Untersuchungen wesentlich zur Erklärung des eigenthümlichen Krankheitsbildes beigetragen. Meist bei alten Frauen treten auf den Vorderarmen und den benachbarten Theilen der Handrücken einige groschen- bis handgrosse, auffallend dunkle, braun- bis blauschwarze Flecken auf, die zum Theil ältere Pigmentablagerungen waren, zum Theil von kürzlich aufgetretenen Blutflecken herrührten. Die Haut ist stark greisenhaft verändert. Die Flecke gehen langsam zurück, Pigmentirungen hinterlassend; in einigen Fällen ist Jahre hindurch das Auftreten immer neuer Flecke beobachtet. Die anatomische Untersuchung zeigt, dass es sich um Blutungen per diapedesin aus den Venen handelt, dass aber auch Blutung durch Rhexis vorkommt. Localisation und Auftreten meist bei Frauen aus den unbemittelten Ständen und vom Lande erklärt sich dadurch, dass die

„Verwitterung" der Haut an den offen getragenen Körperstellen als Ursache sowohl der Degeneration der Haut wie der Blutung angesehen werden muss. Dass das Gesicht nicht betroffen wird, sondern die Vorderarme, liegt vielleicht an dem höheren Blutdruck der letzteren.

Der Patient Shepherd's (15) bekam in Folge rheumatischer Gelenkschwellung salicylsaures Natron. Kurze Zeit darauf traten auf dem Rumpf, den Armen und Beinen, und im Mund, an der Zunge und am Pharynx urticariaartige Eruptionen auf. Dieselben wurden dann hämorrhagisch. Gleichzeitig starkes Oedem der Augenlider, der Zunge, Mund- und Kehlkopfschleimhaut, des Präputiums. Dann bildeten sich aus einem Theil der Efflorescenzen unter Gangränescirung der Hauttheile Geschwüre, die nach Demarcation der Haut zur Verheilung kamen.

Arzneiexantheme.

1) Du Castel, Eruption purpurique des doigts. Annal. de dermatol. p. 724. — 2) Derselbe, Eruption érythemato-bulleuse et végétante chez une malade soumise à l'usage de sirop de Gibert. Annal. de dermatol. p. 544. — 3) Holtz, H., Casuistischer Beitrag zur Kenntniss der Bromausschläge. Inaug.-Diss. Greifswald. (Fall von confluirender Bromacne.) — 4) Fournier, Trois cas d'hydrargyrie. Annal. de dermat. p. 725. — 5) Eudlitz, Dermatite exfoliatrice d'origine mercurielle à la suite de pansements au sublimé. Annal. de dermat. p. 883. — 6) Szadek, Ueber Quecksilberexantheme. Nowiny lekarska. No. 11. — 7) Nielsen, L., Melanosis et Keratosis arsenicalis. Hosp. Tid. 4 R. IV. 42, 43. p. 1009—1022, 1037—1044. — 8) Orbak, A., Tilfaelde of Melanosis arsenicalis. Ugskr. f. Laeger. 5 R. III. 47. p. 1116—1118. — 9) Mc Guire, J. C., Eruptions of the skin produced by the local application of ichthyol. New-York Med.-Record. Oct. 17. p. 555. — 10) Szadeck, K., Exanthem nach Copaiv-Balsam. Kronika lekarska. p. 23. (Poln.).

Du Castel (1) zeigt einen Kranken mit Veränderungen der Haut an den Fingern. Namentlich auf der Dorsalfläche der Fingergelenke sieht man runde scheibenförmige Efflorescenzen, die leicht schuppen, die Haut ist hier stark infiltrirt. Diese Infiltrate haben nicht das Aussehen von Gummata oder syphilitischen Anschwellungen. Nachdem Patient wenige Tage Jodkali eingenommen hatte, zeigte die Oberfläche der Efflorescenzen ausgesprochene zahlreiche kleine Hämorrhagien. Die Affection begann vor etwa ³/₄ Jahren, es traten zeitweise Besserungen, dann aber wieder Verschlimmerung ein. Auch die Hämorrhagien, die ganz verschwunden waren, traten später in geringem Grade von neuem auf. D. C. ist der Ansicht, dass das Jodkali die Neigung zur Hämorrhagie befördert habe. Sichere Anhaltspunkte für durchgemachte Lues liegen nicht vor.

Derselbe (2) sah eine Joderuption, grosse Ulcerationen mit papillären Vegetationen auf beiden Handrücken, bullöses Erythem auf Vorderarmen und im Gesicht, nach Gebrauch des Sirop de Gibert.

Fournier (4) schildert 3 Fälle von Hg-Dermatitis in Folge Anwendung Hg-haltiger Medicamente. Er hebt hervor, dass die Hauterkrankungen durch Hg zwar im Einzelnen sehr variiren könnten, dass aber immer drei characteristische Symptome vorhanden wären, nämlich Erythem, Nässen, Abschuppung der Epidermis.

Eudlitz (5) beschreibt einen Fall, bei dem in Folge fortgesetzter Sublimatumschläge auf die Haut wegen eines Panaritiums zunächst an der Hand, dann am Arm, schliesslich auf verschiedenen Körperstellen, die mit dem Sublimat nicht in directe Berührung kamen, eine Dermatitis exfoliativa entstand. Er hebt hervor, dass bei diesem Fall von Quecksilberintoxication Stomatitis, Diarrhoe etc. fehlten.

[L. Nielsen leitet seine Abhandlung über Melanosis und Keratosis arsenicalis (7) mit einer Krankengeschichte ein, einen 66jährigen Mann betreffend, der nach langdauerndem Gebrauche von Arsenik, hauptsächlich wegen Eczema, eine verbreitete Melanose und Keratose der Hand- und Fussflächen erworben hatte. Am häufigsten ist die Melanose nach langdauerndem medicamentellen Gebrauche von Arsenik gesehen, seltener nach zufälligen acuten und chronischen Arsenvergiftungen. Aus der Literatur wird dann eine Uebersicht der bei solchen Fällen verwendeten Menge von Arsenik geliefert; ferner wird die Entwickelung der Melanose beschrieben, die Art der Farbe, das Verhalten der Schleimhäute, die Dauer der Pigmentirung, die Diagnose, die Prognose und die Behandlung. Die Kenntniss der palmaren und plantaren Keratosis stammt von der letzten Zeit und hauptsächlich von Hutchinson (1887). Auch dieses Leiden ist am öftesten als Folge von medicamentöser Anwendung von Arsen gesehen, im Ganzen scheinen Weiber und Kinder seltener ergriffen zu werden. Die Affection ist meistens symmetrisch, gewöhnlich sowohl in den Hand- wie in den Fussflächen auftretend gesehen, theils als diffuse Keratose, theils als zerstreute Hornbildungen. Diese zwei Hauptformen werden dann näher beschrieben; mitunter kommt, besonders bei der Bildung von Hörnern, eine starke Hyperidrose vor, bisweilen auch ein Erythem und entzündliche Phaenomene. Die Frage vom Uebergange dieser Hornbildungen in Epitheliom wird danach nach den in der Literatur vorliegenden Mittheilungen abgehandelt; der Verf. hebt hier hervor, dass es ja überhaupt keine Seltenheit ist, dass verrucöse Bildungen und zwar besonders Hauthörner epitheliomatös degeneriren. Nähere Kenntnisse der Pathogenese und der Histologie der Arsen-Keratose fehlen bisher. Den Schluss des Aufsatzes bildet eine reichhaltige Literatur-Uebersicht.

Dieser Abhandlung schliesst sich eine Polemik zwischen dem Verf. und Dr. Ehlers an, die Acrodynie betreffend, welche Nielsen als eine Epidemie von Arsenvergiftung aufgefasst hat, während Ehlers sie als Ergotismus deutet.

Im Anschluss an die Mittheilung Nielsen's über Melanosis arsenicalis referirt Orbak (8) einen solchen in der Johannes-Stiftung von Kopenhagen beobachteten Fall, nach langem Gebrauche von einem antiepileptischen französischen Arcanum (Pillules de Gélineau) entstanden. **R. Bergh.**]

Mc Guire (9) sah in zwei Fällen nach Ichthyolapplication eine ausgebreitete Dermatitis mit starker Schwellung und mit Bläschenbildung auftreten.

Acne rosacea. Rhinophyma.

1) Heuss, E., Ueber Behandlung der Rosacea. Schweizer Correspdbl. No. 2. — 2) Betz, O., Terpentineinreibungen gegen Acne rosacea. Memorab. XL. 5. — 3) Ehrmann, S., Die electrolytische Behandlung der Acne rosacea und der ectatischen Hautvenen im Antlitz. Wiener med. Bl. No. 1.

Betz (2) sah in zwei Fällen von Acne rosacea nach Einreibung von Terpentin Heilung eintreten.

Ehrmann (3) sah durch electrolytische Behandlung sehr gute Erfolge bei Acne rosacea und dilatirten Hautvenen. Da die Cathode unter Anderm Zerstörung von proliferirenden Zellen und Zerstörung von Gefässen bewirkt, erklärt sich der günstige Einfluss der Electrolyse leicht. Als Cathode dient eine in einen leitenden Griff gefasste kleine Platte mit 5—9 feinen, 7 mm langen Nadelspitzen, die ca. 1 mm tief in die Haut eingestochen werden. Nach dem in einer Anzahl von Sitzungen vorgenommenem Verfahren dürfen gar keine Narben zurückbleiben. Zur Obliterirung besonders ausgedehnter Venen sticht E. eine breite Nadel, die als Cathode dient, direct in das Gefäss ein, wo es am breitesten ist und sendet einen Strom von 2 bis 3 Milliampère durch.

Haarkrankheiten.

1) Unna, Ueber das Haar als Rassenmerkmal und über das Negerhaar insbesondere. Deutsche Medicinal-Zeitung. No. 82 u. 83. — 2) Sabouraud, R., Etude clinique et expérimentale sur les origines de la Pelade. Ann. de Dermatol. p. 253, 453, 677. — 3) Derselbe, R., Etude clinique et expérimentale sur les origines de la Pelade. IV. Mmoire. De la Pelade décalvaute ou totale. Annal. de dermatol. p. 824. — 4) Berliner, C., Morbus Basedowii und totale Alopecie. Monatsh. f. pract. Derm. Bd. XXIII. No. 11. — 5) Hallopeau, H. et G. Bureau, Sur une pseudo-pelade probablement tropho-névrotique. Annal. de dermatol. p. 872. — 6) Richter, Beitrag zur Lehre von der Entstehung der Trichorrhexis nodosa. Münch. med. Wochenschr. S. 947. — 7) Barlow, Kurze Bemerkungen über Trichorrhexis nodosa. Ebendas. No. 26. S. 615. — 8) Frau Dr. Trachsler, W., Ueber die feineren Unterschiede zweier Fälle von Piedra nostras. Monatsh. f. pract. Derm. Bd. XXII. No. 1. — 9) Unna, P. G., Ueber Piedra nostras. Deutsche Med. Zeitung. 1895. No. 23. — 10) Jackson, G. Th., Too much and too little hair. Med. News. July 11. p. 32. — 11) Brayton, A. W., Calcium sulphydrate; a safe efficient and economical depilatory. Philad. Reporter. p. 741. — 12) Dubreuilh, Un point technique de l'épilation électrolytique. Annal. de dermat. p. 636.

Unna (1) bespricht die Versuche von Rasseneintheilungen nach den auffallenden Verschiedenheiten des Haupthaars. Er weist ferner nach, dass das „büschelförmige" Aussehen des Negerhaares bedingt ist durch die unregelmässige Vertheilung der Haarreihen und das Zusammentreten der dicht stehenden, spiralig gekrümmten Haare zu Löckchen mit Entblössung der haararmen Stellen. Uebrigens ist auch beim Kopfhaar der Europäer eine gruppenförmige Anordnung der Haare die Regel. Den Querschnitt des Negerhaares fand U. meist elliptisch, desgleichen fand er die Haarpapille abgeplattet. Der Haarbulbus zeigte immer eine Knickung. Das spiralgelockte Negerhaar wächst immer aus einem säbelförmig oder spiralig gewundenem Haarbalg hervor. Unter den Haaren des Europäers findet man nur an den Augenwimperm constant eine Abknickung der Wurzel.

Sabouraud (2) kommt in einer ausführlichen Arbeit auf Grund des Studiums der histologischen Vorgänge bei der Alopecia areata zu dem Schluss, dass diese Krankheit wahrscheinlich durch einen kleinen Bacillus verursacht werde, der sich in grossen Haufen in einer ampullären Erweiterung im oberen Drittel des Follikels des erkrankten Haares finde. Diese Erweiterung („utricule peladique") und der in ihm enthaltene Microbacillus sollen sich aber nur während des Entstehungsprocesses der Alopecia areata finden und sofort verschwinden, wenn der Process zum Stillstand gekommen. Uebrigens hebt S. selbst hervor, dass er erst dann mit Sicherheit diesen Bacillus als Erreger der Pelade ansehen wolle, wenn ihm die Cultivirung und Ueberimpfung mit positivem Resultat gelungen sei, was bis jetzt noch nicht der Fall war.

Sabouraud (3) behandelt in dieser Arbeit eine anscheinend in Frankreich viel häufiger als bei uns vorkommende universelle Alopecie, die nicht durch andere Infectionskrankheiten, wie Syphilis oder Typhus, veranlasst wird, sondern lediglich eine progrediente Alopecia areata darstellt. Er hat bei dieser Affection denselben Bacillus gefunden, wie bei der Alopecia areata, ebenso in colossalen Mengen. Die durch ihn hervorgerufenen histologischen Veränderungen bestehen in einer allmälig fortschreitenden und zu einer Sclerosirung und Atrophie führenden Entzündung der Haut. Culturen und Inoculationsversuche sind im Gange und haben bisher zu sicheren Resultaten nicht geführt. Wenn man bis hierher dem Autor — wenn auch sichere Beweise für die ätiologische Bedeutung der Bacillen noch nicht erbracht sind — doch noch folgen kann, so erscheint dies kaum möglich bei seinen weiteren Schlüssen. Er identificirt seinen Microorganismus mit dem von Hodara bei Acne Comedonen gefundenen und bei der gewöhnlichen Seborrhoe sich findenden Microben und kommt hiernach zu dem Schluss von dem ätiologischen Zusammenhang aller dieser Affectionen. S. drückt sich selbst naturgemäss nicht bestimmt über diese rein hypothetischen Folgerungen aus und man wird ihm in dieser Reserve nur beipflichten können.

Berliner (4) beobachtete 2 Fälle von Alopecia areata maligna, die mit Morbus Basedowii combinirt waren, und führt zwei weitere, noch nicht publicirte derartige Fälle an, die von J. Kohn und Unna beobachtet sind. Er hält es für möglich, dass in diesen Fällen ein durch die veränderte Function der Schilddrüse producirtes toxisches Agens die Ursache des universellen Haarausfalls sei, während in anderen Fällen von Alopecia totalis möglicher Weise die Stoffwechselproducte specifischer Bacterien in gleicher Weise wirken. B. steht im übrigen auf dem Standpunkt, dass an einer Unterscheidung einer parasitären und einer nervösen Alopecia areata festgehalten werden müsse.

Hallopeau und Bureau (5) zeigen ein 9jähriges Mädchen, bei dem sich vor 3 Jahren zwei symmetrisch angeordnete bandförmige kahle Streifen auf dem Kopf zeigten. Vor 1 Jahr trat eine ähnliche Plaque über

dem Nacken auf und die Augenbrauen fielen aus. Man sieht, namentlich an der Stelle am Nacken, ein Fehlen des Pigmentes innerhalb der befallenen Bezirke, eine Hyperpigmentation der Randpartien, die Haare beginnen wieder zu wachsen, haben dann meist die Länge und Stärke der normalen, sind aber vielfach weiss, auch die Haare der Augenbrauen kommen wieder, sind aber leicht ausziehbar. Man sieht aber nicht, wie bei der gewöhnlichen Pelade, jene dünnen, brüchigen Haare oder keulenförmig verdickte Haare. Die Sensibilität ist auf den befallenen Stellen leicht herabgesetzt. H. und B. fassen daher diesen Fall als trophoneurotische Störung auf. Das Kind hatte, obgleich nie von andern Kindern isolirt, keine Gelegenheit zur Infection geboten.

An sich selbst beobachtete Richter (6) eine Trichorrhexis nodosa der Barthaare, die erst zur Heilung kam, als er die Behandlung mit den bisher angewendeten antimycotischen Medicamenten (Sublimat, Naphthol etc.) unterliess und unter Verwendung ganz indifferenter Mittel jegliche mechanische und anderweitige Reizung der Haare vermied. Verf. sieht darin einen neuen Beweis gegen die parasitäre Aetiologie der Trichorrhexis nodosa.

Barlow (7) gelang es in 3 bacteriologisch untersuchten Fällen von Trichorrhexis nodosa nicht, eine specifische Bacterienspecies zu züchten. Ferner fand er sehr häufig an gebrauchten, nie aber an neuen Bürsten Borsten mit Trichorrhexis nodosa. Er hält deshalb das mechanische Moment für die Theorie der Entstehung dieser Haarerkrankung für sehr wichtig, hebt jedoch hervor, dass auch Ernährungsstörungen der Haare wahrscheinlich eine Rolle spielten. Andererseits sei der parasitäre Ursprung der Trichorrhexis nodosa noch nicht zwingend bewiesen.

Unna (9) züchtete aus den mit den bekannten Auflagerungen versehenen Schnurrbarthaaren eines Collegen, der sehr viele gebrauchte Briefmarken des Staates Columbia erhielt und ev. in Wasser abweichte, einen Pilz, der in seinen Cultureigenthümlichkeiten im Wesentlichen dem von Juhel-Rénoy und Behrend aus columbischer Piedra gezüchteten Pilze glich. Immerhin lässt U. die Frage, ob die Piedra nostras und die columbische Piedra identisch oder nur sehr nahe verwandt seien, noch offen.

Dubreuilh (12) empfiehlt 1—2 Wochen vor der electrolytischen Epilation die Haare gleichmässig kurz zu schneiden und dann diejenigen Haare der Electrolyse nicht zu unterwerfen, welche in dieser Zeit nicht gewachsen sind. Hierdurch werden die Misserfolge vermieden, welche sonst bei Electrolyse der im Wechsel begriffenen, von der Papille schon abgelösten Haare unvermeidlich sind.

Pigmentanomalien. Argyrie.

1) Du Castel, Mélanodermie. Maladie d'Addison ou acanthosis nigricans. Annal. de Dermatol. p. 1282. — 2) West, Samuel, Some interesting cases from the skin departement. Barthol. Hosp. Rep. XXXI. p. 263. 1. Morbus Addisonii. 2. 2 Fälle von Prurigo Hebrae. 3. Multiple Hautgummata. — 3) Kraus, E., Ein Fall von Argyrie der äusseren Haut nach Pinselungen des Kehlkopfes mit Höllensteinlösungen. Allg. Wien. med. Zeitung. No. 7. (Nach ca. 30 Pinselungen zuerst mit 2proc., später mit 5proc. Lösung.)

Du Castel (1) stellt einen Fall vor, bei dem die Diagnose zwischen Acanthosis nigricans und Addison'scher Krankheit schwankt. Pat. zeigt am untern Theil des Abdomens, an den Genitalien, den Inguinalfurchen, in den Achselhöhlen, am Hals, Nacken und an den Gelenkbeugen der Extremitäten starke Pigmentation. Gleichzeitig besteht an mehreren Stellen eine Lichenification der Haut, letztere ist verdickt, die Falten sind sehr ausgeprägt, ferner finden sich eine Anzahl lichenartiger Knötchen. Pruritus. Lymphdrüsen vergrössert. Seit einiger Zeit leidet Pat. an starken Durchfällen. Die Lungen zeigen zur Zeit keine characteristischen tuberculösen Symptome, dagegen soll Pat. vor 7 Jahren eine Hämoptoe gehabt haben. Die Palpation des Abdomen lässt kein Neoplasma nachweisen.

In der Discussion fasst Darier den Fall als Acanthosis nigricans auf.

Naevus.

1) Thiebierge, Naevus acnéique unilateral en bandes et en plaques (naevus à comédons). Annal. de Dermatol. p. 1298. — 2) Stembo, L., Ein Fall von Hypertrophia lateralis superior. Petersb. med. Wochenschrift. No. 27. — 3) Veiel, Ein Fall von Naevus verrucosus. Arch. f. Derm. Bd. 36. S. 3. — 4) Spiegelberg, H., Ueber einen Fall von angeborener papillomatöser, sogenannter neuropathischer Warzenbildung. Münch. med. Wochenschrift. S. 695. — 5) Bannermann, G., Naevus pigmentosus. Brit. med. Journal. p. 1297. — 6) Delbanco, E., Epithelial-Naevus. Monatsh. f. pract. Derm. Bd. XXII. No. 3. — 7) Unna, Zur epithelialen Abkunft der Naevuszellen. Virch. Arch. 148. Bd. — 8) Alger, Ellice M., On the treatment of birthmarks. (Amer.) Med. News. LXIX. p. 201. — 9) Rasch, Ein Fall von Papillomatosis cutanea et vesicalis. Arch. f. Derm. Bd. 36. S. 55.

Thibierge (1) stellt eine 20jährige Kranke vor mit einer auf die oberen Theile der linken Brust- und Rückenhälfte beschränkten angeborenen Hautveränderung, die eine Anordnung in Plaques- und Streifenform zeigt. Die Oberfläche dieser Naevi besteht aus zahlreichen, verschieden grossen Comedonen, dazwischen finden sich von alten Ulcerationen herrührende Narben, die etwas das Aussehen von scrophulösen Narben haben. Th. hält dies für einen gleichen Fall wie den von Selhorst auf dem Londoner dermatol. Congress 1896 vorgestellten.

Stembo (2) schildert einen Kranken mit einem Naevus, welcher fast die ganze rechte Hälfte des Oberkörpers einnimmt. Es handelt sich um einen Naevus vasculosus. Die ganzen von dem Naevus ergriffenen Körpertheile sind gegenüber den entsprechenden der andern Seite hypertrophisch.

Veiel (3) schildert einen über Gesicht, Hals, Rumpf und Extremitäten ausgebreiteten Naevus verrucosus bei einem 9jährigen Mädchen. An der vorderen Seite des Rumpfes ist die streng halbseitige Begrenzung bemerkenswerth.

Spiegelberg's Fall (4) war auf der rechten Seite des Gesichtes und Halses localisirt.

Bei einem Kinde schildert Bannermann (5) sehr ausgedehnte Naevi. Ausser einer den grössten Theil des Rumpfes bedeckenden Pigmentfläche zeigen sich noch zahlreiche rundliche Flecken auf den Extremitäten, im Gesicht, auf den Ohren und auf dem behaarten Kopf.

Delbanco (6) kommt auf Grund der Untersuchung zweier Naevi zu dem Schluss, dass die Anschauung von

Unna, die Naevuszellen seien Abkömmlinge des Epithels, richtig sei. Er bekämpft die Ansicht von Recklinghausen, welcher die Naevuszellen genetisch mit Lymphgefässendothelien in Zusammenhang bringt. Sehr beweisend kann die Arbeit von D. in seinem Sinne nicht genannt werden. (Ref.)

Unna (7) betont gegenüber der Anschauung von Bauer, der die Naevuszellen vom Endothel der Lymphräume ableitet, dass die Naevuszellen vom Deckepithel und dessen Anhangsorganen stammen. Zur Untersuchung müsse man die Naevi der Neugeborenen und kleinen Kinder benutzen.

Alger (8) empfiehlt die Electrolyse zur Entfernung von Teleangiectasien und Pigmentmälern. (Diese Empfehlung ist nicht neu. — Ref.)

Rasch (9) fand in einem Fall von ausgedehnten papillomatösen Naevi der Haut und gleichzeitigem Vorhandensein eines Blasenpapilloms die histologische Structur der Blasen- und der Hautgeschwülste ganz analog (starke Vergrösserung der Papillen, Rundzelleninfiltration, Verdickung des Stratum corneum). Er hält es daher für nicht unwahrscheinlich, dass auch das Blasenpapillom eine congenitale oder eine aus congenitaler Anlage hervorgegangene Bildung war.

Keratosen.

1) Unna, Ueber Wesen der normalen und pathologischen Verhornung. Monatsh. f. pract. Dermatologie. XXIV. Bd. S. 1. — 2) Jacobi, F., Zur Casuistik der Ichthyosis palmaris et plantaris cornea familiaris. Inaug.-Diss. Erlangen. (Vater und zwei Kinder erkrankt.) — 3) Dubreuilh, W., Des hyperkératoses circonscrites. Ann. de dermatol. et de syphiligraphie. p. 1158. — 4) Schaal, Zur Aetiologie der Hautwarzen. Arch. für Derm. Bd. XXXV. S. 207. — 5) Lediard, H. A., A case of wart horn of the lip. Lancet. May 30. p. 1491. — 6) Darier, J., Note sur l'anatomie pathologique de la maladie dite „Psorospermose folliculaire végétante“ à propos d'un cas nouveau. Ann. de dermat. p. 742. — 7) Hallopeau, H., Sur un nouveau cas de maladie de Darier et ses rapports avec la dystrophie papillo-pigmentaire. Ibidem. p. 737. — 8) Tenneson et Leredde, Acanthosis nigricans. Ibidem. p. 1276. — 9) Kuznitzky, M., Ein Fall von Acanthosis nigricans (Dystrophie papillaire et pigmentaire.) Arch. f. Derm. XXXV. No. 3. — 10) Brault, Réflexions sur le traitement des verrues par la suppression d'un seul de ces papillomes. Ann. des dermatol. p. 649.

Aus der ausführlichen Arbeit Unna's (1), deren Einzelheiten im Original nachgelesen werden müssen, ist hervorzuheben, dass Verf. auf Grund von Verdauungsversuchen zu dem Resultat gelangt, dass der normale Verhornungsprocess lediglich in der Peripherie der Zelle stattfindet. Auch bei pathologischen Verhornungen findet U. nur eine Hornbildung in der Zellperipherie. Der Unterschied gegenüber den normalen Hornbildungen zeigt sich in einer grösseren Dicke der Balken und in einer Verkleinerung der Maschenweite. Es besteht zwischen der Härte der Hornsubstanz im klinischen Sinne und dem Keratingehalt keine einfache Proportion, im Gegentheil können sehr harte Hornmassen vollständig verdaulich sein.

Dubreuilh (3) behandelt die circumscripten Hyperkeratosen mit Ausnahme der folliculären, der mit Schweissdrüsen zusammenhängenden und der Krankheiten der Nägel. Er theilt das Gebiet in folgende Gruppen:

1. Einfache Keratosen traumatischen Ursprungs:
   a) Schwielen.
   b) Hühneraugen.
2. Angeborene Keratosen.
   Naevi keratosi.
3. Papilläre Keratosen.
   a) Plane juvenile Warzen.
   b) Gewöhnliche Warzen.
4. Keratosen im Zusammenhang mit Cancroiden.
   a) Hauthörner.
   b) Keratoma senile.
   c) Xeroderma pigmentosum.
   d) Hyperkeratosen nach Arsengebrauch.
   e) Schornsteinfegerkrebs.
   f) Paraffinkrebs.
   g) Leucokeratosen (Psoriasis lingual. etc.) In diese Gruppe werden auch Darier'sche und Paget'sche Krankheit gerechnet.
5. Keratosen, deren letzte Ursache in der Cutis liegt.
   a) Angiokeratosen.
   b) Keratosen um Geschwüre und Fisteln.
   c) Infectiöse Hyperkeratosen. Hierher kommen z. B. syphilitische Keratosen.

Theils auf Grund eines eingehenden Literaturstudiums, theils auf der der Basis eigener Untersuchungen wird das Thema behandelt, ohne im Wesentlichen Neues zu bringen.

Schaal (4) hat an sich beobachtet, dass nach Eindringen eines Glassplitters in die Hand an der betreffenden Stelle eine Warze entstand, die erst nach Entfernung des Splitters heilte. Daraus schliesst S., dass die Warzen alle auf Fremdkörperreiz zu beziehen seien und erst nach Eliminirung desselben sich zurückbildeten. (Diese Erklärung dürfte — zumal nach den neuesten positiven Inoculationen von Jadassohn u. A. — wenig Anhänger finden. Vielmehr scheint nach den erwähnten Experimenten der alte Volksglaube der Infectiosität seine Richtigkeit zu haben. Ref.)

Lediard (5) sah bei einem 69jährigen Mann ausgedehnte Hornbildung an der Unterlippe. Anscheinend kein Carcinom, doch wurde das Präparat nicht untersucht.

Darier (6) untersucht den Fall Hallopeau's und bezeichnet ihn als Psorospermose folliculaire. Er hebt hervor, dass die Efflorescenzen an einigen Stellen hervorragende Aehnlichkeit hatten mit der „Dystrophie papillaire et pigmentaire (Acanthosis nigricans)“, dass aber zwischen dieser Krankheit und der Psorospermose folliculaire doch fundamentale Unterschiede beständen. Bei der histologischen Untersuchung, deren Einzelheiten im Original nachgelesen werden müssen, findet er reichlich die früher von ihm Psorospermien genannten Gebilde, doch ist er nach seinen jetzigen Befunden geneigt, dieselben nicht als Coccidien, sondern als Producte „d'une anomalie de kératinisation des cellules“ aufzufassen.

Hallopeau (7) schildert die Symptome eines Falles von Darier'scher Krankheit, der als ungewöhnliches Symptom auch auf der Lippenschleimhaut zahlreiche Knötchen, gebildet durch hypertrophische Schleimdrüsen, aufweise. H. hebt die Uebereinstimmung des von ihm beschriebenen Symptomencomplexes mit dem von Pollitzer „Akanthosis nigricans“ und von Darier „Dystrophie papillaire et pigmentaire“ genannten Krankheitsbild hervor und spricht die Ver-

muthung aus, dass es sich bei beiden Affectionen wohl um Modificationen ein und derselben Dermatose handelt.

Tenneson und Leredde (8) demonstriren einen 42jährigen Kranken mit Acanthosis nigricans. Der Kranke zeigt: 1) Universelle braune Pigmentation, die sehr dunkel erscheint am Hals, in den Achselhöhlen, an den Genitalien, am Anus. 2) Universelle Papillomatosis, die am stärksten ist an den Stellen der dunkleren Pigmentation. An den Händen vorhandene Papillome unterscheiden sich in nichts von gewöhnlichen Warzen. 3) Ein ziemlich starker Pruritus, mit Vorhandensein von Kratzeffecten. 4) Papillomatosis der Mundschleimhaut. 5) Abmagerung und Schwund der Kräfte. Dyspepsie. Tumorbildung am linken Leberlappen.

Dieser Lebertumor ist wahrscheinlich ein Carcinom. Jedenfalls besteht eine Beziehung zwischen dem Carcinom und der universellen Papillomatosis nebst Pigmentation.

Kuznitzky (9) beobachtete einen Fall von Acanthosis nigricans bei einer 41jährigen Frau. Die Veränderungen der Haut. Verdickungen der Papillenleisten, condylomartige Wucherungen, starke Pigmentirungen entsprechen auch bezüglich der Localisation. — Augenlider, Mundwinkel, Hals, Achselhöhlen, Brust und Umgebung, Abdomen, Vulva, Innenfläche der Oberschenkel, Palmae und Plantae völlig dem von den früheren Beobachtern gezeichneten Bilde der Krankheit. Ebenso war auch in diesem Fall ausgedehnte Carcinose (Mamma, Leber, Muskeln, Lymphdrüsen) vorhanden. Die Frau ging an einer acuten Pleuritis zu Grunde; bezüglich der microscopischen Befunde muss auf das Original verwiesen werden. — Trotz gewisser Aehnlichkeiten ist das Krankheitsbild von der Psorospermose folliculaire végétante nach Ansicht des Verf's. vollständig zu trennen.

Brault (10) konnte die Richtigkeit der Volksmeinung, dass bei einem Individuum auch die anderen Warzen verschwinden, wenn man eine derselben beseitigt, bis zu einem gewissen Grade bestätigen. Besonders verschwinden die kleinen Tochterwarzen, wenn die central gelegene grosse Initialwarze entfernt wird. Bei einem Kranken wurden an der linken Hand mehrere alte Warzen („Mutterwarzen") entfernt; es verschwanden nicht nur die sie umgebenden jungen Warzen, sondern auch die an der rechten Hand seit Kurzem bestehenden flachen Warzen. (Ref. sah nach Entfernung einiger flacher Warzen im Gesicht eine ganze Anzahl völlig unbehandelter Warzen ebenfalls verschwinden.)

Lymphangiectasie.

Heuss, E., Lymphangioma circumscriptum cysticum. Monatsh. f. pract. Derm. Bd. XXIII. No. 1. — 2) Malherbe, A. et H. Malherbe, Note sur un cas curieux de Lymphangiectasie cutanée avec Lymphorrhagie végétante et Eléphantiasis. Annal. de Derm. p. 278.

Bei einer 24jährigen Patientin, die seit ihrem 10. Jahre an tuberculösen Knochenerkrankungen in der Hüftgegend mit Fistelbildungen leidet, sah Heuss (1) ausgedehnte erst vor wenigen Jahren aufgetretene Lymphangiome. Die Oberfläche der diffus geschwellten Labia majora, auch die Innenfläche derselben waren über und über mit stecknadelkopf- bis linsen- oder erbsengrossen theils bläschenförmigen, nässenden, theils warzenartigen Efflorescenzen bedeckt. Die Bläschen, prall gespannt und glänzend, liessen einen hellen, nie blutig gefärbten Inhalt durchscheinen, sie waren nicht druckempfindlich und nur schwer zum Platzen zu bringen. Beim Anstechen entleerte sich nur langsam der Inhalt, die umgebenden Blasen blieben gespannt. Microscopisch zeigt das Secret vereinzelte Leukocyten, spärliche Endothelzellen, keine rothen Blutkörperchen, runde Körperchen und körnige Massen. — Die Efflorescenzen fanden sich auch in der Analgegend und an anderen Körpertheilen, aber nur auf der rechten Seite, so auch am rechten Oberschenkel in der Umgebung mehrerer vorhandener Fisteln. Therapeutisch wurde eine keilförmige Excision der Geschwulst vorgenommen, wodurch eine erhebliche Besserung des Zustandes erzielt wurde.

Der microscopische Befund der Theile mit bläschenförmigen Efflorescenzen lässt eine grössere Anzahl cystischer oberflächlich, seltener tiefer in der Cutis gelegener Hohlräume erkennen. Dieselben sind mit Endothel ausgekleidet, die äussere Begrenzung bildet eine schmale bindegewebige Zone. Die Cysten, sehr dicht gelagert, z. Th. confluirend, sind leer oder haben einen körnigen, sich nicht färbenden Inhalt. Theilweise Verdrängung und Abschnürung der Epithelmassen. In seltenen Fällen will Verf. zwischen den Hohlräumen eine Communication bemerkt haben in Form schmaler endothelbesetzter, manchmal gewundener Gänge. Diese spaltförmigen Hohlräume liessen sich in günstig getroffenen Schnitten sogar bis in die Papillarschicht verfolgen. Papillarschicht und Cutis waren sehr zellreich namentlich in der Umgebung der Gefässe. Viele Mastzellen. — Die warzenartigen Formen zeigten einen grossen Zellreichthum in Cutis und Papillarschicht, Wucherungsvorgänge namentlich in der Stachelschicht, schwächere Ausbildung der Lymphcysten. R. betont, dass es sich in seinem Fall nicht um eine einfache Ectasie von vorhandenen Lymphräumen, sondern um eine mit Ectasien einhergehende Neubildung handele, um ein echtes Lymphangiom, dafür spreche die regelmässige und dichte Auskleidung der Hohlräume mit Endothel, es liege eine Proliferation der Wandungselemente vor. — Mit Kaposi's Lymphangioma tuberosum multiplex hat der vorliegende Fall nichts zu thun.

A. und H. Malherbe (2) sahen bei einem 18jährigen Mädchen an den Genitalien und am linken Oberschenkel eine Eruption zahlreicher durchscheinender Bläschen, die reichlich eine Lymphe ähnliche Flüssigkeit entleerten. Die Bläschen confluirten theilweise und vereinigten sich zu richtigen framboesiformen kleinen Tumoren. Gleichzeitig bestand elephantiasisartiges Oedem der Labien und des linken Oberschenkels. Unter der Haut waren Lymphstränge deutlich erkennbar. Verff. schildern auch das histologische Bild dieser Hautaffection, ferner untersuchten sie den Blaseninhalt und das Blut der Patientin bacteriologisch. Sie fanden dabei Bacterien und halten es für nicht unwahrscheinlich, dass ein von ihnen gezüchteter Bacillus die Ursache dieser Krankheit bilde.

Geschwülste.

1) Secchi, T., Das Vorkommen von Blastomyceten bei der Keloidacne. Monatsh. f. pract. Derm. Bd. XXIII. No. 10. — 2) Ravogli, A., Multiples Spontankeloid. Ebendas. Bd. XXII. No. 12. — 3) Battle, W. H., A case of large molluscum fibrosum of thigh; removal; recovery; remarks. Lancet. July 18. — 4) Ullmann, Karl, Ueber einen Fall von multipler eruptiver Angiombildung im Gesichte. Arch. f. Derm. Bd. XXXV. S. 195. — 5) Elschnig, A., Haemangioendothelioma tuberosum multiplex. Wien. med. Presse. No. 5. S. 169. — 6) Gans, Ein Fall von Xanthoma diabeticum. Therapeut. Monatsh. S. 15. — 7) Darier, J., Pseudoxanthoma elasticum. Monatsh. f. pract. Derm. Bd. XXIII. No. 12. — 8) Kaposi, Demonstration einer als Molluscum contagiosum giganteum zu benennenden Krankheitsform an einem $6^1/_2$ Monate alten Kinde. Wien. klin. Woch. No. 26. — 9) Gilchrist, T. C., Two rare cases of diseases of the skin. John Hopkins Hosp. Bull. No. 64. (1. Lymphangioma circumscriptum, bläschenförmige Lymphangiectasien an der äusseren Fläche des linken Oberschenkels bei einem $13^1/_2$jährigen Mädchen, zuerst bemerkt im Alter von 18 Monaten. 2. Urticaria pigmentosa xanthelasmoides bei einem 17 Monate alten Knaben: Beginn im Alter von 2 Monaten.) — 10) Tenneson, Leredde et Martinet, Sur un Granulome innominé. Annal. de Derm. p. 913. — 11) Hallopeau, H. et A. Jousset, Sur trois cas d'ulcus rodens. Ibid. p. 747. — 12) Audry, Note sur un cas de maladie de Paget. Ibid. p. 644. — 13) Pospelow, Ein Fall von erfolgreicher Arsen-Medication bei Hautsarcom. Arch. f. Derm. XXXIV. S. 247. — 14) Legrain, E., Deux observations de sarcome de la main. Annal. de Derm. p. 886. — 15) Mehrer, Ein Fall von hochgradiger allgemeiner Melanose bei melanotischem Sarcom. Wien. med. Presse. No. 44. — 16) Steiner, V., Zwei Fälle von Pigmentsarcom der Haut. Deutsche med. Wochschr. S. 531.

Secchi (1) hat in 2 Fällen von Keloidacne zahlreiche runde nach Gram färbbare Körperchen gefunden, die er für Blastomyceten erklärt und ätiologisch mit der Krankheit in Zusammenhang bringt. Eine Einsicht in die Originalpräparate seitens des Ref. (Buschke) lehrte, dass es sich um die von vielen anderen Autoren hierbei gefundenen Russel'schen Körperchen handelt. Irgend einen Beiweis — weder morphologisch noch durch Cultur und Impfung — für die Hefennatur der fraglichen Gebilde hat S. nicht erbracht.

Ravogli (2) sah bei einem 43jähr. Neger multiple Spontan-Keloide, von denen das grösste den ganzen Hals umgiebt und die Bewegung des Halses unmöglich macht. Die übrigen sitzen auf der Brust, den Schultern und dem Rücken. Bemerkenswerth ist, dass eine ein Jahr vor dem Beginn des ersten Keloids (am Hals) erlittene ausgedehnte Verletzung der Stirnhaut durch einen Huftritt mit einer glatten, nicht zu einem Keloid sich entwickelnden Narbe heilte. R. empfiehlt die electrolytische Behandlung.

Ullmann (4) hat bei einer 45jähr. Patientin das Auftreten einer grossen Anzahl bis erbsengrosser Angiome im Gesicht beobachtet. Das Auffallende war, dass die Geschwülstchen ziemlich schnell entstanden, nie — wie sonst es bei Angiomen der Fall ist — bis ins Ungemessene wuchsen, sondern nur bis zur oben erwähnten Grösse gediehen. Später gesellten sich Lymphdrüsenschwellungen am Halse hinzu. Indess ergab die histologische Untersuchung, dass es sich um absolut gutartige cavernöse Angiome handelte, die diffus versprengt, ohne besondere Kapsel in der Cutis lagen. Bezüglich der genaueren histologischen Details s. das Original. Bezüglich der Aetiologie verweist U. darauf, dass die Eruption der Tumoren zeitlich zusammenfiel mit Menstruationsvorgängen, Anomalien der Menses etc., wie sie im Beginn des Climacteriums sich zeigen. Follin hat einen ähnlichen Fall mit Gravidität in Zusammenhang gebracht.

Elschnig (5) sah bei einer 30jähr. Frau eine grössere Anzahl sandkorn- bis stecknadelkopfgrosser gelblicher Knötchen an den Augenlidern, in der Umgebung der Augen bis zu den Unterkiefern herab und beiderseits in der seitlichen Halsregion. Die microscopische Untersuchung ergab das Vorhandensein zahlreicher Endothelschläuche, vielfach mit Einlagerung cystischer Hohlräume, die durch Degeneration der central gelegenen Endothelzellen entstehen. Der Zusammenhang mit den Blutgefässen konnte an den jüngsten, oberflächlichsten Partien der Geschwulst nachgewiesen werden.

Gans (6) sah bei einem Diabetiker in mittlerem Lebensalter ca. 6 Jahre nach dem ersten Auftreten des Zuckers unter Erscheinungen von Schmerz und Gefühl von Abgestorbensein der Haut sehr reichliche Xanthomefflorescenzen auftreten. Das Exanthem bedeckte fast die ganze Körperfläche, jedoch waren die Streckseiten am stärksten ergriffen. Es bestand anfangs aus rundlichen kirschrothen Knötchen, nach einigen Wochen wandeln sich die Knötchen in röthlich-braune oder rein braune Pigmentflecken um. Eine histologische Untersuchung der Efflorescenzen konnte nicht vorgenommen werden. Indem Verf. das klinische und histologische Bild des Xanthoma diabeticum mit dem des Xanthoma vulgare vergleicht, hebt er hervor, dass beide Affectionen gar nichts miteinander zu thun haben.

Darier (7) beschreibt genauer einen schon früher von anderer Seite publicirten Krankheitsfall, den er als Pseudoxanthoma elasticum bezeichnet. Es handelt sich um einen 42jähr. Mann, bei dem sich im Laufe vieler Jahre ohne besondere Ursache am Rumpf und den Extremitäten gelbliche Plaques bildeten, die dem echten Xanthom fast glichen. Sie zeichnen sich aber dadurch aus, dass sie wesentlich in den Gelenkbeugen sitzen und dass die Haut an den Stellen die Elasticität verloren hat. Es zeigt sich dabei ein Zerfall des elastischen Gewebes, specifische Xanthomelemente fehlen. Die Ursache ist unbekannt.

Der Fall Kaposi's (8) zeichnet sich durch die ungewöhnliche Entwickelung der Mollusken zu warzigen, bis $^1/_2$ cm das normale Niveau überragenden und vielfach, besonders im Gesicht und auf den Armen zu grösseren Platten confluirenden Geschwülsten aus. Gleichzeitig bestanden starke seborrhoische Auflagerungen. Das Krankheitsbild ähnelt etwas den schweren Formen der Bromacne. — Durch Application von Sapo viridis, Empl. saponato-salicyl., Ung. Wilkinson. und Waschungen wurde vollständige Heilung erzielt.

Tenneson, Leredde und Martinet (10) schildern zwei Fälle der von Bronson als Acne varioliformis und von andern Autoren mit noch anderen Namen bezeichneten Krankheit. Verff. sind der Ansicht, dass der Process nicht von den Haarfollikeln oder den Schweissdrüsen seinen Ausgang nähme, dass die Tu-

moren aber secundär die Drüsen angreifen können. Die Verff. bezeichnen die Efflorescenzen als „Granulom" der Haut, und verstehen darunter eine infectiöse Neubildung, denn sie zweifeln nicht an einer bacteriellen Veranlassung dieser Krankheit. Namentlich auf scrophulöser Basis sollen sich die Granulome häufig entwickeln.

Hallopeau und Jousset (11) berichten unter 3 Fällen von Ulcus rodens namentlich über den zweiten eingehend, der durch die fast vollständige Zerstörung der Hauttheile der Nase und durch tumorartige Bildungen an einer Stelle des Randes ungewöhnlich erscheint. Doch sehen H. und J. den Fall wegen der langsamen Entwicklung, wegen des Walles, der die Ulceration umgiebt, wegen der dauernden Vernarbung eines Theils des Processes, wegen des Fehlens von Drüsenschwellung und des ziemlich guten Allgemeinbefindens des Patienten als Ulcus rodens an.

Audry (12) sah einen Fall von Paget's Krankheit bei einer 27 jährigen Frau. Beginn der Krankheit vor 3 Jahren, schon 2 Jahre nach dem Beginn Carcinomentwicklung. Seit dem 13. Jahre in der erkrankten Brust ein zur Zeit der Beobachtung nussgrosses Adenom. Schwellung der Paramammillar- und Axillardrüsen. Die microscopische Untersuchung ergab das typische Bild. A. hält die Pagetzellen für degenerirte Epithelien. Die Beziehungen der Krankheit zum Carcinom erkennt er an, hält dagegen die Karg'sche Anschauung, dass die Affection von vornherein carcinomatös sei, nicht für richtig.

Pospelow (13) sah bei einer 50 jährigen Frau ein Sarcom der Nase (Recidiv nach Exstirpation), welches bereits zur Bildung von disseminirten Knötchen in der Umgebung geführt hatte, nach Verbrauch von 800 asiatischen Pillen (à 0,005) und 1,00 (?) Sol. Fowl. verschwinden.

Legrain (14) beschreibt bei zwei Kabylen Fälle von Sarcom der Hand, von denen namentlich der erste dadurch bemerkenswerth ist, dass nach den incompleten Versuchen, die Anfangs noch kleine Geschwulst zu entfernen, seitens des Patienten selbst, der Tumor in wenig Tagen sich grösser als vorher neu bildete. L. erwähnt, dass die kleinzelligen Hautsarcome in Algier viel häufiger seien, als in Frankreich, diese Tumoren seien meist ausserordentlich gefährlich.

Die Patientin Mehrer's (15) litt an einem melanotischem Sarcom in der linken Schenkelbeuge und zeigte in den letzten Wochen vor ihrem Tode eine ausgebreitete intensive Dunkelfärbung der Gesichtshaut. Dieser Verfärbung lag nicht eine Metastase zu Grunde. Gleichzeitig bestand hochgradige Melanurie.

Steiner (16) beschreibt zwei auf der chirurgischen Abtheilung des jüdischen Krankenhauses beobachtete Fälle des multiplen idiopathischen Pigmentsarcoms. Das Alter der Patienten war 50 resp. 72 Jahr. Die Krankheit begann in characteristischer Weise an den Füssen. Bei dem ersten Patienten ist die starke Herabsetzung des Hämoglobingehalts (33 pCt.) bemerkenswerth. S. möchte mit Rücksicht auf die Rückbildungsfähigkeit und das beschränkte Wachsthum der Knoten den Sarcomcharacter der Krankheit in Frage stellen, wie dies schon Israel und Mikulicz gethan, und möchte dieselbe eher den chronischen Infectionskrankheiten zurechnen.

Myocosis fungoides. Leukämie.

1) Hallopeau et Bureau, Sur un mycosis fongoide avec localisation initiale, eruptions polymorphes et végétations axillaires et inguinales. Annal. de Derm. p. 1082. — 2) Dieselben, Deuxième note sur un mycosis fongoïde (poussées érythémateuses, oedémateuses, bulleuses et suppuratives, gangrène, endo-péricardite). Ibid. p. 1264. — 3) Danlos, Erythrodermie exfoliante de nature probablement mycosique. Ibid. p. 1326. — 4) Hallopeau et Bureau, Sur une érythrodermie mycosique avec hyperkératose plantaire et palmaire et peut-être néoplasie initiale. Ibid. p. 522. — 5) Dieselben. Sur deux cas de lymphadénie avec éruptions prurigineuses. Ibid. p. 568.

Bei der 34 jährigen Patientin, die Hallopeau und Bureau (1) beobachteten, begann die Mycosis fungoides mit einer 5 francsstückgrossen ovalen, ein wenig erhabenen und leicht abschuppenden rothen Infiltration am Oberschenkel, die 3 Jahre als einzige Manifestation stationär blieb. Verff. denken an eine Initialaffection analog der Tuberculose und Syphilis.

Dieselben (2) berichten weiter über diesen Fall, bei dem eine mit starkem Erythem einhergehende Schwellung des rechten Beins auftrat, Oedeme, auf einem der Tumoren eine richtige Gangränbildung, ferner schubweises Auftreten reichlicher Blasen mit gleichzeitigem hohen und lange anhaltenden Fieber. Der Blaseninhalt wird später eitrig. Endlich zeigen sich endo- und pericarditische Erscheinungen.

Danlos (3) sah bei einer 64 jährigen Patientin eine Hautaffection, die seit 6 Jahren bestand und mit Röthung, starkem Nässen, Abschuppung, einherging, an einigen Stellen war starke Pigmentation vorhanden, an anderen Stellen fehlte das normale Pigment. Die Haut war vielfach infiltrirt und es bildeten sich in derselben zahlreiche kleine schmerzlose Tumoren. Das Allgemeinbefinden war schlecht, zeitweise trat Fieber auf. Diese Erscheinungen zusammen mit den Ergebnissen der histologischen Untersuchung führen D. auf die Diagnose der Mycosis fungoides. Gleichzeitig zeigt die Pat. eine ausgesprochene Leukämie. D. hebt den eventuellen Zusammenhang der Mycosis fungoides mit der Leukämie hervor.

Hallopeau und Bureau (5) sahen bei 2 Fällen von lymphatischer Leukämie, die bei dieser Affection — ebenso auch bei Pseudoleukämie — oft beobachteten prurigoartigen Eruptionen.

Erysipel.

1) Jansson, Carl, Ueber die Infectionsquelle bei der Gesichtsrose. Erster nordischer Congress für innere Medicin zu Gothenburg am 27., 28. und 29. August. Hygiea. LVIII. 9. p. 293-294). — 2) Köster, H., Zur Behandlung des Erysipels mit Vaselin. Therapeut. Monatsh. S. 299. — 3) Vespa, Sulla cura dell' erysipela. Bull. della Soc. Lancis. XVI. p. 72. — 4) Gouin, Érysipèle de la face traité par le sérum antistreptococcique de Marmorek. Lyon méd. p. 259. (Heilung.)

[Auf Grund sowohl eigener Beobachtungen, wie derer von Vidal und Bezançon, hat Jansson (1) die Ansicht, dass die Streptococcen, welche im Allgemeinen unschuldige Saprophyten im menschlichen Schlunde sind, unter gewissen, noch nicht hinlänglich bekannten Verhältnissen Erysipelas faciei mit oder ohne Angina und Coryza als Zwischenglied erzeugen können und dass die Infection gewöhnlich in dieser Weise vor sich

geht. Der Streptococcus muss alsdann als derselben Gruppe wie der Pneumococcus und der Colibacillus, nämlich Saprophyten mit facultativer Virulenz, zugehörig betrachtet werden.

Ein vollgültiger Beweis sei es, wenn man im Schlunde oder in der Nase eines Kranken gleich vor dem Ausbruche eines Erysipelas faciei einen hochvirulenten Streptococcus vorfindet.

A. Fr. Eklund (Stockholm).]

Köster (2) empfiehlt die Localbehandlung des Erysipels mit Vaselin, da dieselbe den anderen Behandlungsmethoden jedenfalls nicht nachsteht, dabei aber billiger und frei von unangenehmen Nebenwirkungen ist.

Vespa (3) machte bei ca. 30 Fällen von Erysipel, meist des Gesichtes, mit einem Medicament von folgender Zusammensetzung gute Erfahrungen: Ichthyol 1,0, Acid. salicyl. 0,2, Collodii 10,0, Ol. ricini 1,0. Diese Ichthyolverbindung scheint dem Verf. wirksamer und bequemer zu appliciren, namentlich bei Gesichtserysipel, als alle anderen Medicamente.

Impetigo.

1) Unna, Impetigo. Encyclopädische Jahrbücher d. ges. Heilkunde. VI. Bd. — 2) Derselbe, Pustulosis staphylogenes, ein durch Staphylococcenmetastase erzeugtes acutes Exanthem. Deutsche Medicinal-Zeitg. No. 56.

Unna (1) unterscheidet unter den zahlreichen Formen von Impetigo, die durchaus Erkrankungen sui generis darstellen und von dem Krankheitsbild des Eczems streng zu trennen sind, neben den selteneren 4 Hauptgruppen, nämlich die I. staphylogenes, die I. vulgaris, die I. circinata und die I. herpetiformis. Jede dieser Formen wird nach U. durch specifische Microorganismen veranlasst und bietet ein eigenes klinisches und histologisches Bild dar.

Derselbe (2) theilt einen Fall von Sepsis mit, bei dem neben zahlreichen Eiterherden im Myocard, in den Lungen, Nieren etc. ein kurz ante mortem auf der Haut aufgetretenes Exanthem von Eiterbläschen bestand. Die Letzteren waren nach U. als Hautmetastasen anzusehen und entsprechend dem Eindringen der Coccen von innen her in die Haut soll das histologische Bild ein ganz verschiedenes sein von dem der staphylogenen Impetigo. Zwei ähnliche Fälle von Meyer und Fränkel bestätigen diese Unterschiede.

Furunkel. Carbunkel.

1) Thomas, W. Thelwall, Excision of a large carbuncle of the back; salivation from cyanide gauze dressing. Lancet. Oct. 24. p. 1147. — 2) Dumont, Traitement du furoncle au début par les scarifications quadrillées suivies de l'application d'un pansement antiseptique humide. Ann. de dermatol. p. 1319.

Dumont (2) wendet bei Furunkeln gitterförmige Scarificationen an mit nachfolgendem antiseptischen Verband. Schon durch die Blutung soll sofort eine Linderung der Schmerzen eintreten und der Furunkel soll sich oft schon nach einmaliger Scarification zurückbilden event. wird am 2. Tage noch einmal scarificirt.

Actinomycosis. Rotz.

1) Morris, Malcolm, Actinomyosis involving the skin and its treatment by jodide of potassium. Lancet. June 6. (Erkrankung der Wangen- und Unterkiefergegend bei einer 59jähr. Näherin; über die Infection nichts eruirbar; günstiger Einfluss des Jodkalium.) — 2) Buschke, A., Ueber chronischen Rotz der menschlichen Haut nebst einigen Bemerkungen über die Anwendung des Mallein beim Menschen. Arch. f. Derm. Bd. XXXVI. S. 323.

Buschke (2) hat an der chirurgischen Klinik in Greifswald einen chronisch verlaufenden Fall von Rotz bei einem 73jähr. Maurer beobachtet. Die Affection war auf die Dorsalfläche der rechten Hand beschränkt. Es bestanden dort Geschwüre, die — zusammen mit mehreren abgeheilten Ulceribus entsprechenden Narben in der Umgebung — syphilitischen glichen. Die Anamnese leitete zur Diagnose, die durch das Straus'sche Verfahren: intraperitoneale Impfung von Meerschweinchen mit Eiter — bestätigt wurde. Pat. wurde excidirt, excochleirt und gebrannt. Später wurde Mallein bis 1 g injicirt, ohne allgemeine und locale Reaction. B. erörtert an der Hand der Literatur den Gegenstand und kommt zu dem Resultate, dass in zweifelhaften Fällen das Straus'sche Verfahren zwecks Diagnose anzuwenden sei. Mallein sei möglicherweise von Werth. Therapeutisch sei local möglichst radical wie hier zu verfahren. Pat. blieb geheilt.

Tropische Hauterkrankungen.

1) Hirsch, Ch. T. W., An account of two cases of Coko or framboesia. Lancet. July 18. (2 Fälle bei indischen Einwanderern auf den Fidschi-Inseln.) — 2) Gaucher et Touvenaint, Ulcères annamites. Ann. de dermatol. p. 41. — 3) Gémy et Vincent, Sur un nouveau cas de „Pied de Madura". Ibidem. p. 1253. — 4) Perrin, Filaire de Médine, ver de Guinée. Ibidem. p. 1315.

Gaucher und Touvenaint (2) beobachteten bei einem 45jähr. Mann Geschwüre an den Unterschenkeln, die aus furunkelartigen Bildungen hervorgingen und grosse Aehnlichkeit mit tertiär-syphilitischen Geschwüren hatten. Da indessen die antisyphilitische Therapie ganz ohne Erfolg blieb, die Geschwüre sich im Gegentheil während derselben vergrösserten, da ferner zwei Recidive auftraten, jedesmal nachdem der inzwischen nach Frankreich zurückgekehrte Patient wieder nach den indischen Colonien gegangen war, nehmen die Verff. eine specifische, wenn auch noch unaufgeklärte parasitäre Ursache der Affection an. Nach der Repatriirung des Pat. heilten die Geschwüre jedesmal unter einer ganz indifferenten Behandlung, während alle irgendwie irritirenden Applicationen nur schadeten.

Gémy und Vincent (3) beschreiben einen neuen Fall von „Pied de Madura" bei einem Kabylen. Die Krankheit besteht seit 3—4 Jahren, der rechte Fuss ist sehr stark verdickt, desgleichen der untere Theil des Unterschenkels, die Oberfläche bedeckt mit zahlreichen, meist kleinen, eitrig zerfallenen Knoten, dazwischen tiefe mit Eiter erfüllte Fisteln. Auf Druck entleeren sich aus den Knoten und den Fisteln charac-

teristische reichliche weissgelbliche Körnchen. Die noch erhaltene Haut zwischen den Knoten ist sehr verdickt, gespannt, nicht in Falten aufhebbar. Bei der Amputation erkennt man die starke Sclerosirung der Venenwandungen. Die weisslichen Körnchen finden Verff. gebildet aus einer Unzahl von Pilzfäden, die sie als Erreger dieser Krankheit ansehen und als Streptothrix Madurae bezeichnen. Dieser Pilz wurde auch künstlich gezüchtet. Verff. heben hervor, dass diese Krankheit durchaus nicht mit der Actinomycose zu identificiren sei.

Der „Pied de Madura" wurde beobachtet in Indien, in Afrika, in Amerika und in Italien.

Perrin (4) sah einen Fall von Medinawurm bei einem jungen Neger, bei dem die Extraction ungewöhnlich schwierig war. Am Fusse des Patienten zeigte sich in einem ulcerirenden Tumor ein Stück des Wurms, worauf ein Theil desselben durch Umrollen um ein Holzstäbchen extrahirt wurde. Trotzdem diese Manipulation sehr behutsam vorgenommen wurde, riss der Wurm durch, das Gleiche geschah bei zwei weiteren Extractionsversuchen, und jedesmal entstand eine Phlegmone, die incidirt werden musste. Erst nach mehr als 4—5 wöchentlicher Behandlung trat Heilung ein. P. hebt noch hervor, dass die Neger, bevor sie den Wurm herauszuziehen suchen, die betreffende Extremität in kaltem Wasser baden, was die Extraction in der That zu begünstigen scheine.

Lepra.

1) Glück, Kommt Lepra in Dalmatien vor? Arch. f. Derm. Bd. XXXVI. S. 47. — 2) Ehlers, E., Sur les formes frustes ou abortives de la lèpre. Annal. de dermatol. p. 525. — 3) Derselbe, Brev til Overlaege Dr. Arm. Hansen. Ugeskr. f. L. 5 R. III. p. 62 bis 65. — 4) Hansen, G. Arm., Om Spedalskhed. Hosp. Tid. 4 R. IV. p. 103—107. — 5) Ehlers, E., Replik til Overlaege Dr. Arm. Hansen. Ibidem. p. 136—140. — 6) Hansen, G. Arm., Korrespondance. Ugeskr. for L. l. c. p. 154—156. — 7) Kellogg, J. C., Zur pathologischen Anatomie der Lepra der Nervenstämme. Monatsh. f. pract. Derm. Bd. XXII. No. 4. — 8) Reissner, A., Das lepröse und tuberculöse Darmgeschwür bei Lepra. Ebendas. No. 5. — 9) Spiegel, A., Differentialdiagnose von Lepra- und Tuberkelbacillen. Ebendas. Bd. XXIII. No. 5. — 10) Ciechanowski, St. und F. Krzysztalowicz, Lepra. Noviny lekarskie. No. 11. (Polnisch.)

Die durch die Mittheilung eines nicht genügend sicheren Falles von Lepra durch Hovorka von Zderas angeregte Frage, ob in Dalmatien Lepra vorkomme, entscheidet Glück (1) im bejahenden Sinne, indem er einen typischen Fall von Lepra tubero-anästhetica schildert bei einem 24jährigen Mann, der seine Heimath Dalmatien noch nie verlassen hat.

Ehlers (2) hat in Island, wie dies zuerst von Arning auf den Sandwichsinseln ausgeführt wurde, durch Untersuchung der in Gemeinschaft mit Leprösen lebenden scheinbar Gesunden eine Anzahl von Fällen constatiren können, bei denen nur ein einzelnes oder einige wenige Symptome nervöser Lepra sich fanden, einige anästhetische Flecke, ein Mal perforant oder Atrophie eines Muskels. Unter 122 Fällen von Lepra konnte er 7 mal die Uebertragung auf den anderen Ehegatten nachweisen, in 5 dieser Fälle handelt es sich um nervöse Lepra. Er glaubt, dass bei dieser Art der Uebertragung die Krankheit die Neigung hat, in der anästhetischen Form und zwar im Allgemeinen in milder Weise aufzutreten.

[Ueber verschiedene Verhältnisse beim Aussatze (3—6) haben die Herren E. Ehlers und G. Arm. Hansen einen Replik- und Duplikwechsel gehabt, der sich um falsche Erblichkeit, Infections-Empfänglichkeit (schlechte Ernährungsverhältnisse), Verbot von Heirathen unter Leprösen, Heilbarkeit der Lepra, die Existenz von abortiven Formen der Krankheit und von Juck-Anästhesie drehte. **R. Bergh**].

Bei der Untersuchung des von einem Leprösen stammenden Nervus medianus fand Kellogg (7), dass die grösste Mehrzahl aller Bacillencolonien auf den Nervenstämmen, nicht im intrafasciculären Bindegewebe oder gar in den Zellen desselben lägen. Auch in die atrophirten und des Marks beraubten Nervenfasern sollen die Bacillen nicht, wie Lie (1895) es angab, eindringen, sondern ebenfalls auf ihnen sitzend, nachzuweisen sein.

Dass bei Lepra auch Darmgeschwüre gefunden werden, von rein lepröser Natur, schliesst v. Reissner (8) aus einem Sectionsbefund. Er stellt 3 Fälle von Darmgeschwüren bei Lepra tuberosa und nervorum nebeneinander; bei dem ersten fasst er die Ulcera als lepröse, analog den im Rachen und am Gaumen sitzenden, auf, bei Fall 2 und 3 handelt es sich um Ulcera tuberculösen Characters. Im ersten Fall waren keine Erscheinungen von Tuberculose an den anderen Organen zu constatiren, die Geschwüre selbst waren flach, scharfrandig, die Ränder nicht verdickt, microscopisch zeigte sich Infiltration in Mucosa und Submucosa, nur noch ganz spärlich in der Muscularis, es waren aber sehr zahlreiche leicht färbbare Bacillen vorhanden. Die Geschwüre des 2. und 3. Falles waren sehr tief, bis zur Serosa reichend, die Ränder wulstartig verdickt, bläulichroth verfärbt, microscopisch finden sich Riesenzellen, zahlreiche miliare Knötchen mit centraler Verkäsung, in Fall 2 keine Bacillen, in Fall 3 spärliche sehr schwer färbbare Bacillen. Endlich sind in den beiden letzten Fällen ausgedehnte tuberculöse Erkrankungen der Lungen und auch des Bauchfells nachweisbar.

Spiegel (9) hat Vergleichsuntersuchungen zwischen frei und im Gewebe liegenden Lepra- und Tuberkelbacillen angestellt. Die differentiellen Merkmale, die aus seinen Untersuchungen resultiren, sind die allgemeinen, die mehr oder weniger auch von anderen Untersuchern angegeben sind. Eine sichere Differential-Diagnose im concreten Falle ermöglichen sie nicht.

Tuberculose der Haut.

1) Hallopeau, Sur les rapports de la tuberculose avec les maladies de la peau autres que le lupus vulgaire. Annal. de dermatol. p. 1087. — 2) Derselbe, Ueber die Beziehungen der Tuberculose zu den nicht lupösen Hautkrankheiten. Monatsh. f. pract. Dermat. Bd. XXIII. No. 7. — 3) Audry, Ch., Allgemeine

Tuberculose und Elephantiasis-Dermatitis eczematösen (seborrhoischen) Ursprungs. Monatsh. f. pract. Derm. Bd. XXIII. No. 9. — 4) Küttner, Ueber den Lupus der Finger und Zehen. Chirurg. Congr. S. 110. — 5) Du Castel, Tuberculose de la main et de l'avant-bras. Annal. de dermat. p. 722. — 6) Derselbe, Ulcération tuberculeuse de la face palmaire du médius. Annal. de dermatol. p. 365. — 7) Branthomme, G., Sur un cas de tuberculose du poignet (d'origine professionelle) guérie par les injections de cantharidate de potasse. Annal. de dermatol. p. 65. — 8) Feulard, H., Scrofulo-tuberculose cutanée consécutive à la varicelle. Annal. de dermatol. p. 362. — 9) Hallopeau, Sur la genèse et le rôle pathogénique des folliculites disséminées chez les tuberculeux. Ibidem. p. 508. — 10) Hallopeau et Bureau, Sur un nouveau cas de l'affection dite folliclis et ses rapports possibles avec la tuberculose. Ibidem. p. 1310. — 11) Dieselben, Sur un cas typique de lichen scrofulosorum, sa nature et ses rélations avec l'eczéma séborrhéique. Ibidem. p. 1084. — 12) Dieselben, Deuxième note sur un cas typique de lichen scrofulosorum. Ibidem. p. 1264. — 13) Wolff, J., Ein Fall von Ulcus luposum perinei. Inaug.-Diss. Greifswald. 1895. — 14) Martinet, Quelques cas de lupus traité par les caustiques chimiques et note sur cette méthode de traitement. Annal. de dermatol. p. 874. — 15) Kaarsberg, J. S., Drainage wed Lupus nasi. Ugeskr. f. Laeger. 5. R. III. 44. p. 1042—1043. — 16) Feibes, E., Zur Behandlung des Lupus vulgaris. Deutsche med. Wochenschr. S. 371. — 17) Dubreuilh, W. et Bernard, Traitement du lupus par les emplâtres à l'acide salicylique et la créosote. Gaz. hebdom. No. 10. p. 109. — 18) Haun, Zur Behandlung des Gesichtslupus. Münch. med. Wochenschr. No. 12. — 19) Metzlar, C., Schildklier-therapie bij Lupus vulgaris. Nederl. Tijdschrift. 7. Nov. No. 19. — 20) Barclay, J., Thyroid extract in Lupus. Brit. med. Journal. p. 1200. — 21) Hallopeau et G. Bureau, Sur un nouveau cas d'amélioration durable d'un lupus par l'érysipèle. Annal. de dermatol. p. 870.

Hallopeau (1 u. 2) versucht die grosse Mannigfaltigkeit der klinischen Formen der Hauttuberculose zu erklären durch die anatomische Complicirtheit des Hautorgans, durch die Verschiedenheit der constitutionellen Grundlage bei den erkrankten Individuen und durch die verschiedene Form des Virus. Letzteres kann völlig identisch sein dem Koch'schen Bacillus — tuberculöse Geschwüre an den Orificien bei vorgeschrittenen Phthisikern — oder es ist, in der Mehrzahl der Fälle, der Bacillus modificirt, hat keine Neigung zu erheblicher Vermehrung, ist schwer inoculabel. Die Bacillen können mechanisch auf ihre Umgebung wirken, besonders aber wirken sie durch die Toxine. Wahrscheinlich kann das Gift der Tuberculose noch unter einer anderen Form, der der Zooglea, wirksam sein (wahrscheinlich beim Lupus erythematodes, Lupus pernio); hier ist es nicht inoculabel, die Structur der erkrankten Theile unterscheidet sich von der anderer tuberculöser Affectionen. Die Toxine schliesslich rufen wahrscheinlich den Lichen scrofulosorum, die Acne cachecticorum, eine Reihe der isolirten oder agglomerirten suppurativen Folliculitiden und Erytheme hervor. — H. bespricht sodann die einzelnen klinischen Formen. Den Leichentuberkel will er trotz grosser Aehnlichkeit von der Tuberculosis verrucosa getrennt wissen, weil er keine Neigung hat, sich in der Fläche, wohl aber in der Tiefe auszubreiten und die Knochen in Mitleidenschaft zu ziehen. Die tuberculösen Gummata gehen von den cutanen oder subcutanen Lymphgefässen aus und unterscheiden sich von den Lupusknötchen durch ihr oft erhebliches Volumen, ihre livide Färbung, ihre Neigung zur raschen Erweichung und Bildung fistulöser Geschwüre. Manchmal bildet die Tuberculose massige Tumoren. Unter den geschwürigen Formen unterscheidet H. die primäre miliare Hauttuberculose der Phthisiker von den secundären, sich an andere Formen der Hauttuberculose anschliessenden tuberculösen Geschwüren und von den pustulo-ulcerösen Formen. — Den Lupus erythematodes hält H. für eine tuberculöse Affection, die aber wahrscheinlich durch eine sich vom Bacillus unterscheidende Elementarform des tuberculösen Giftes hervorgerufen ist. — Der zur Gruppe der durch die Toxine der Tuberkelbacillen hervorgerufenen Krankheiten gehörende Lichen scrofulosorum zeigt, dass diese Affectionen eine grosse Benignität besitzen, nicht inoculabel sind und in ihrer Structur sich von der bacillären Tuberculose unterscheiden. — Von den Injectionen des Streptococcentoxins hat H. nur sehr unvollkommene Heilerfolge gesehen, hofft aber doch, dass man auf diesem Wege zu besseren Resultaten kommen wird.

Die Rubriken, in welche H. die verschiedenen nicht lupösen Formen der Hauttuberculose eintheilt, sind folgende:

A. Formen, die durch den Tuberkel-Bacillus hervorgerufen sind. Dazu rechnet er:

a) Lupus sclerosus (Vidal) seu Lupus verrucosus (Riehl u. Paltauf).

b) Leichentuberkel.

c) Gummöse Tuberculose. Darunter ist die Tuberculose lymphatischer Individuen zu verstehen, die tuberculösen Gummata sitzen in oder unter der Haut und stehen in Verbindung mit dem Lymphsystem, die Haut ist erst passiv in Mitleidenschaft gezogen, es entstehen die bekannten Fistelöffnungen. Diese Fistelöffnungen aber können dann später der Sitz eines Lupus vulgaris, auch eines Lupus verrucosus etc. werden, ferner kann sich die Tubercul. gumm. längs der Lymphbahnen ausdehnen oder auch in Form von serpiginösen Herden. Endlich scheint auch die von Riehl als Tuberculosis fungosa beschriebene Form hierher zu gehören.

d) Tuberculöse Geschwülste. (Doutrelepont.)

e) Geschwürige Tuberculose. Zwar fangen die meisten Formen von Hauttuberculose schliesslich an zu ulceriren, aber abgesehen davon giebt es Formen, bei denen der geschwürige Zerfall das hervorstechendste Symptom ist. Hier führt Verf. an die primäre ulceröse Form, ferner die Tuberculosis ulcerosa miliaris der Schwindsüchtigen, die secundäre Tuberculosis vegetans, ferner die einem phagedänischen Schanker ähnlichen Geschwüre (Doutrelepont) und die pustulo-ulcerösen Formen.

f) Tuberculosis suppurativa. Verf. betont, dass die Hauttuberculose aus eigener Kraft, unabhängig von jeder sonstigen Bacterienwirkung zur Eiterung führen könne.

B. Hauttuberculose, die wahrscheinlich durch eine

vom gewöhnlichen Bacillus abweichende Form veranlasst ist (Zoogleea tuberculosis). Hierher rechnet H. den Lupus erythematodes, den er bestimmt für tuberculösen Characters hält und den Lupus pernio.

C. Hauttuberculose in Folge von Toxinen, die aus fernerliegenden Herden stammen. Diesen Formen ist gemeinsam, dass sie bei mit Tuberculose behafteten Individuen vorkommen, dass sie keinen zerstörenden Character haben, sich nicht überimpfen lassen. Hier kommen in Betracht Lichen scrofulosorum, Acne cachectica, Acne scrofulosorum, Folliculitis agminata, die disseminirte papulo-vesiculöse Hauttuberculose (von H. beschrieben), das Erythema tuberculosum (Erythemformen bei Tuberculösen, die mehr oder weniger rasch wieder verschwinden).

D. Endlich können Mischformen aller angeführten Einzelbilder auftreten.

Schliesslich hebt H. noch hervor, dass durch die Tuberculose für gewisse nicht tuberculöse Dermatosen, nämlich gewisse Eczem-Formen, Pityriasis versicolor, Pityriasis rubra, ein günstiger Boden geschaffen werde.

Bei der Patientin Audry's (3) besteht seit 37 Jahren Dermatitis, die immer schwereren Character annahm und zu hochgradiger Elephantiasis des linken Unterschenkels führte. Später entwickelten sich tuberculöse Erscheinungen, kalte Abscesse, Lungensymptome. Die Hautaffection erwies sich als nicht tuberculös. A. nimmt einen Zusammenhang zwischen dem Hautleiden und der Tuberculose insofern an, als die Hauterkrankung eine Disposition schaffe zur leichteren Aufnahme der Tuberkelbacillen seitens des Organismus.

Küttner (4) unterscheidet zwischen lupösen Verstümmelungen und lupösen Verkrüppelungen der Finger und Zehen. Erstere werden durch Weiterschreiten des Lupus von der Haut in die Tiefe, Erkrankung und Zerstörungen der Knochen hervorgerufen. Die Verkrüppelungen dagegen werden bei oberflächlich bleibendem Lupus durch den Narbenzug der Haut bedingt; es kommt zu Contracturen, Subluxationen, Luxationen und Ankylosen und zu Wachsthumshemmungen an den Knochen.

Der 59jährige Kranke du Castel's (5) zeigt in ihren Anfängen seit 4 Jahren bestehende hochgradige Anschwellungen an den Fingern der rechten Hand, grosse Knoten sind z. Th. noch hart, z. Th. schon käsig erweicht, daneben sind auch schon bedeutende Ulcerationen vorhanden. Handrücken und Handfläche in ähnlicher Weise ergriffen. Die Vorderarme mit zerstreuten unregelmässigen 50 Cts. bis 1 Fr.-Stück grossen Ulcerationen bedeckt. An der Aussenseite des Unterarms eine mit der Haut zusammenhängende und mit ihr verschiebliche Anschwellung bemerkbar, die sich hart anfühlt und erst seit 3 Monaten bestehen soll. Auf der Höhe der Anschwellung bereits die ersten Anfänge des geschwürigen Zerfalls. Die andern Ulcerationen sollen vor der Geschwürsbildung das gleiche Aussehen dargeboten haben. Am linken Arm, linken Oberschenkel und am rechten Fuss alte Narben von vor 3 Jahren vorhandenen ähnlichen Ulcerationen.

Du Castel (6) sah bei einem Phthisiker ausser einem tuberculösen Geschwür am Arme ein ebensolches am Mittelfinger der linken Hand, ausgehend von der Furche zwischen der Hohlhand und dem Finger. Die Beschäftigung des Kranken — er war Sattler — hatte offenbar die Localisation bestimmt, da diese Stelle durch das Durchziehen des Fadens oft verletzt wird.

Branthomme (7) berichtet über eine durch Injectionen von cantharidinsaurem Kali (8 à $^1/_{10}$, 1 à $^2/_{10}$ und 1 — versehentlich — à 1 mg bewirkte völlige Heilung einer Hauttuberculose an der Hand eines Schusters. Keine Albuminurie.

Feulard (8) sah bei zwei Schwestern, deren Vater an Lungentuberculose litt, 4 Monate, nachdem sie Varicellen überstanden hatten, tuberculöse Krankheitserscheinungen auftreten. Bei der jüngeren, 11 Monate alten Schwester führte eine tuberculöse Meningitis zum Tode, bei der älteren, widerstandsfähigeren blieb die Erkrankung auf die Haut beschränkt.

Hallopeau (9) sah in der Umgebung tiefer tuberculöser Herde in der Haut Folliculitiden auftreten, andererseits aber auch aus solchen Folliculitiden isolirte oder confluirende tuberculöse Gummata sich entwickeln. Er glaubt, dass die Acuität des Krankheitsprocesses und die Reaction des Organismus dafür bestimmend seien, ob die tuberculöse Infection der Follikel das Bild des Lichen scrophulosorum, der Acne eachecticorum oder der eitrigen Folliculitis hervorruft.

Hallopeau und Bureau (10) schildern einen Fall von „Folliclis“. In wiederholten Eruptionen bilden sich zahlreiche Knötchen, die von den tieferen Hautschichten ihren Ausgang nehmen und sich nach einiger Zeit in Pusteln umwandeln. Sie sind symmetrisch auf den Streckseiten der Extremitäten, namentlich in der Umgebung der Gelenke gruppirt und hinterlassen Narben. H. und B. fassen diese Hautaffection als Form der Hauttuberculose auf, die betreffende Pat. zeigt gleichzeitig eine deutliche Spitzenaffection.

Hallopeau und Bureau (11) sahen bei einem 13 jährigen Knaben mit multiplen tuberculösen Drüsenerkrankungen einen hauptsächlich auf den Rumpf localisirten Lichen scrofulosorum, dessen Eruptionen grosse Aehnlichkeit mit Acne cornea, aber auch mit dem seborrhoischen Eczem hatten. H. und B. weisen darauf hin, wie durch die verschiedensten Krankheitsursachen — hier die Toxine der Tuberkelbacillen — ähnliche Efflorescenzen hervorgerufen werden können, wenn die gleichen Theile der Haut (in diesem Fall die Follikel) afficirt werden.

Dieselben Verff. (12) brachten die zerriebenen Theilchen von Efflorescenzen von Lichen scrofulosorum in die Bauchhöhle eines Meerschweinchens. Das Thier zeigte nach länger als 4 Monaten gar keine Veränderung.

Martinet (14) schildert die Technik und den Verlauf bei Behandlung des Lupus mit Aetzmitteln, insbesonders mit Wiener Aetzpaste und Canquoin'scher Paste. Er empfiehlt diese Methode wegen ihrer Einfachheit, leichten Ausführbarkeit auch bei kleinen Kindern und wegen der Schnelligkeit des Verlaufs. Contraindicirt ist die Methode nach M. bei Lupus erythematodes, ferner bei kleinen isolirten Lupusknötchen und bei Schleimhautlupus.

[H. Kaarsberg (15) warnt vor der durch strammende Narbenbildung nach chirurgischer Behandlung des Lupus der Nase und überhaupt des Gesichts leicht eintretenden Verengerung oder selbst Verschliessung der Nasenlöcher Er empfiehlt die lange, selbst jahrelange abendliche Anwendung von einem gebogenen Gummidrain in beide Nasenlöcher angebracht.
R. Bergh.]

Feibes (16) behandelt den Lupus, indem er ein zugespitztes Streichholz in eine Lösung von Quecksilber in rauchender Salpetersäure (1 : 2) eintaucht und dann in den Lupusknoten unter lebhaften Umdrehungen tief einstösst.

Dubreuilh und Bernard (17) empfehlen die Unna'schen Salicyl-Creosotpflaster ganz besonders für die oberflächlichen Lupusfälle.

Haun (18) empfiehlt die in üblicher Weise angewandte Electrolyse zur Behandlung des Lupus.

Metzlar (19) sah von der Darreichung des Schilddrüsenextractes eine zweifellos günstige Beeinflussung des Lupus; er räth das Mittel mit äusseren Behandlungsmethoden zu combiniren.

Barclay (20) sah bei vier Patienten mit Lupus Besserung resp. Heilung eintreten durch längeren Gebrauch von Thyroid-Tabletten. Bei dem einen Patienten, bei dem noch kein Recidiv aufgetreten ist, liegt der Zeitpunkt der eingetretenen Heilung etwas mehr als ein Jahr zurück, bei dem andern geheilten Patienten nur ein halbes Jahr. Die bei Anwendung von Thyroid-Tabletten zunächst auftretenden localen Veränderungen sollen den durch das Koch'sche Tuberculin bewirkten ähnlich sein.

Hallopeau und Bureau (21) zeigen unter Recapitulation eines früher mitgetheilten Falles von Lupus, der durch ein intercurrentes Erysipel dauernd, d. h. 6 Jahre, geheilt sei, einen neuen Fall von Lupus, bei dem in Folge eines Erysipels eine erhebliche Besserung eingetreten sei. Verff. kommen dann zu den Schlussfolgerungen, dass eine der besten Aussichten auf Heilung für einen Lupösen in der Acquirirung eines Erysipels liegt und dass man Lupösen Erysipel inoculiren würde, sobald man die Mittel kennte, dem Erysipel Einhalt zu thun, wenn es einen gefährlichen Verlauf anzunehmen drohte.

Scabies.

Descouleurs, M. O., Le traitement de la gale par le baume de Perou. Gaz. hebd. No. 50.

Descouleurs hat die Versuche Burchardt's wiederholt und ebenfalls gefunden, dass lebende Milben und Eier durch den Perubalsam in längstens 30—40 Minuten getödtet werden.

Dermatomycosen.

1) Mibelli, V., Einige Bemerkungen über die Anatomie des Favus. Monatsh. f. pract. Derm. Bd. XXII. No. 3. — 2) Krösing, R., Weitere Studien über Trichophytonpilze. Arch. f. Derm. Bd. XXXV. S. 67. — 3) Ullmann, K., Zur Aetiologie und Histologie der Trichomycosis tonsurans (Sycosis parasitaria Bazin). Wien. klin. Wochenschr. No. 18—20. — 4) Waelsch, L., Beiträge zur Anatomie der Trichophytosis. Arch. f. Derm. XXXV. S. 23. — 5) Freeman, W. T., Notes on ringworm of the scalp. Lancet. Octob. 31. p. 1219. — 6) Pelagatti, M., Ueber die Trichophytonarten in der Provinz Parma. Monatsh. f. pract. Derm. Bd. XXIII. No. 11. — 7) Salter, A., Formic aldehyde in the treatment of ringworm of the scalp. Brit. med. Journ. p. 650. — 8) Sabouraud, Traitement de l'onychomycose trichophytique. Annal. de dermatol. p. 33. — 9) Cantrell, J. A., Tinea versicolor. Philad. Report. LXXIV. p. 234. — 10) Gál, M., Therapie des Eczema marginatum. Wien. med. Presse. No. 14. p. 642.

Mibelli (1) giebt anknüpfend an die Darstellung der Themas von Unna, Wälsch u. A. ein Referat über seine eigenen Untersuchungen, über die er grösstentheils in einer ausführlichen Arbeit 1892 bereits berichtet hat. Er gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Der Favus bildet eine „leucofibrinöse" Entzündung mit Neigung zu oberflächlicher und folliculärer Hyperkeratose.

2. Die Hyperkeratose bildet die Bedingung, die das Festsetzen der Pilzvegetation im Stratum corneum ermöglicht.

3. Die favöse Atrophie ist das Resultat des Drucks, den das Scutulum auf die entzündete Haut ausübt.

Krösing (2) hat an 13 Fällen von oberflächlicher und tiefer Trichophytie aus der Breslauer Klinik Untersuchungen über die Morphologie und Biologie des Trichophytonpilzes angestellt. Die ganze Frage ist wieder in Fluss gekommen seit den umfangreichen Untersuchungen Sabouraud's. S. hat die Pilze nach der Sporengrösse getrennt in 2 Gruppen: Tr. megalosporon und microsporon. Der erstere soll bei allen Trichophytieen der unbehaarten Haut und der Bartgegend vorkommen, letzterer bei der oft epidemisch auftretenden Trichophytie des Capillitium besonders bei Kindern. Von letzterer hat Kr. keinen Fall zur Untersuchung gehabt. Von den Trichophytonpilzen des Bartes und der unbehaarten Haut hat S. mit Hülfe eines eigens dazu geschaffenen Nährbodens 19 Arten unterschieden, die er im Wesentlichen nach dem macroscopischen Aussehen der Cultur unterscheidet. K. hat bei seinen Untersuchungen mit Recht wesentlich Gewicht darauf gelegt aus einem Keim Culturen zu erhalten, weil nur hierdurch ein einwandsfreies Resultat erzielt werden kann. Durch Schütteln in Aqua dest. hat er eine Isolirung der Keime bewirkt. Bezüglich der Einzelheiten seiner Methodik und Schlussfolgerungen muss auf das Original verwiesen werden. Hier seien nur die Hauptschlüsse, die er aus seinen Untersuchungen zieht und die wesentlich anders lauten als die Sabouraud-schen Ergebnisse, mitgetheilt. Vor allem lässt er eine Eintheilung nach der Sporengrösse nicht gelten, denn diese wechselt bei ein und demselben Pilz unter äusseren Bedingungen. Er theilt dagegen ebenso wie S. die Pilze nach ihrem macroscopischen Habitus auf einem einheitlichen Nährboden ein; gesunde Kartoffeln derselben Ernte haben sich ihm hierfür als am zweckmässigsten erwiesen. Er trennt auf diese Weise drei Gruppen:

1. Culturen mit trockenem pulverigen Belag und Braunfärbung am Rande der Cultur.
2. Ebensolche ohne Färbung.
3. Culturen, die einen weiss-wolligen Belag bilden.

Tiefe und oberflächliche Trichophytieen werden durch denselben Pilz hervorgerufen: Eiterungen können durch den Trichophytonpilz allein bewirkt werden. Impfexperimente an Meerschweinchen haben verwerthbare Resultate in Bezug auf menschliche Erkrankungen nicht ergeben.

Ullmann (3) schildert nach einem Ueberblick über die einschlägige Literatur die culturellen und histologischen Untersuchungsergebnisse von 8 Fällen von Sycosis parasitaria. Es ergaben sich unter seinen Beobachtungen 3 Formen von Trichophytie:

1. Eine — zum Theil der Impetigo contagiosa ähnliche — zum Theil in Flecken und Kreisen auftretende frische, ganz oberflächliche Form.

2. Eine ca. 3 Wochen alte mit Infiltrationsherden in Cutis und Tela subcutanea einhergehende Art.

3. Eine ca. 6 Wochen alte, bei der papillomatöse Wucherungen bestanden.

Bezüglich des Erregers ergab sich, dass alle verschiedenen klinischen Erscheinungen durch eine Pilzgattung hervorgerufen werden, ohne andere Mieroben. Diese Art entsprach Sabouraud's Megalosporon ectothrix. Immer war bei U. der Pilz ectotrichal (obgleich er annimmt, dass möglicherweise bei längerem Bestande der Affection das Haar selbst ergriffen werden könne. Derselbe Pilz ruft oberflächliche und tiefe Trichophytieen hervor, er kann allein tiefe Eiterung machen. Durch secundäre Infection mit Eitercoccen kann letztere allerdings gesteigert und das Krankheitsbild geändert werden.

Bei der tiefen Form zeigt sich, dass die Affection vom Haarfollikel ausgeht. Man findet in der Cutis Abscesschen, die zum Theil noch von Follikelwänden umgeben sind, zum Theil sind auch diese durchbrochen, die Abscesse liegen frei in der Cutis. Im Einzelnen finden sich hauptsächlich polynucleäre Leucocyten, an der Peripherie auch Riesenzellen. Das umgebende Bindegewebe befindet sich im Zustande der Proliferation, die benachbarte Epidermis zeigt zum Theil geringere oder höhere Grade von Zerstörung (Durchsetzung mit Leucocyten, Abhebung der Hornschicht vom Rete Malpighi etc.), theils in einiger Entfernung von den Eiterherden zeigt sie ebenfalls Proliferation. In den Eiterherden und den Epidermisherden findet man microscopisch und culturell Pilze. Bei der ganz alten papillomatösen Form mit grösseren Abscessen findet man gar keine oder nur spärliche zum Theil in Degeneration begriffene Pilzelemente im Eiter, die aber noch lebend sind, da sie sich culturell nachweisen lassen. Bei der ganz oberflächlichen (impetiginösen Form) ist die Cutis nur sehr wenig entzündlich verändert, die Epidermis aufgefasert, Str. corn. in sich und von dem Str. Malpighi abgehoben, wodurch mit Serum und Eiter gefüllte Hohlräume entstehen. U. glaubt, dass die verschiedenen Bilder theils durch verschiedene Virulenz desselben Pilzes, theils durch die Dauer der Krankheit, theils durch die locale Disposition bedingt werden.

Waelsch (4) untersuchte excidirte Hautstücke von Herpes tonsurans capillitii, H. t. vesiculosus und Sycosis parasitaria und fand, dass das Trichophyton die Rinde des Haares durchwächst, den Bulbus freilässt, ferner in der inneren Wurzelscheide, in den unteren Lagen der Hornschicht sowie in den in Verhornung begriffenen Zellen des Haarbalgs sich entwickelt. In der Haut wird Entzündung, Perifolliculitis und Folliculitis hervorgerufen mit eventuellem Zugrundegehen des Follikels. Das Tiefgreifen der Entzündung scheint vom anatomischen Bau der befallenen Hautstelle abhängig zu sein. Ueber die Multiplicität der Trichophytonarten spricht sich W. sehr reservirt aus und betont, dass gleiche Krankheitsbilder durch verschiedene Pilze und differente Symptomencomplexe durch den gleichen Pilz hervorgerufen werden können, dass wir daher z. Z. nicht in der Lage sind, die Verschiedenheit der klinischen Formen der Trichophytose vom ätiologischen Standpunkt aufzuklären.

Freeman (5) empfiehlt neben den bei Herpes tonsurans des behaarten Kopfes üblichen antiparasitären Waschungen und Einreibungen, Aufenthalt des Kranken in hellen, gut ventilirten, trockenen Räumen, möglichst häufiges Aussetzen des unbedeckten Kopfes der Sonne und dem Licht und Berücksichtigung des Allgemeinzustandes (kleine Dosen Sol. Fowl. bei anämischen Kindern).

Salter (7) berichtet über sehr gute Erfolge der Behandlung von Herpes tonsurans des behaarten Kopfes mit Formaldehyd. Unter 40 Fällen waren 35 nach 4maliger Application (einen um den andern Tag gemacht) geheilt.

Sabouraud (8) empfiehlt die Bedeckung der kranken Nägel mit kleinen Compressen, die mit Jodjodkaliumlösung (1 : 2 : 1000) getränkt sind.

Gál (10) empfiehlt bei Eczema marginatum Einpinselungen mit 5—10proc. Cocainlösung. Bei grossen Flächen Vorsicht wegen möglicher Intoxication!

III. Therapie.

1) Leviseur, Fred. J., Remarks on some skin diseases occuring in connection with gastrointestinal disturbances. New York Med. Record. July 18. No. 85. — 2) Unna, Neue Thatsachen über reducirende Heilmittel. Deutsche Medicinal-Zeitung. No. 84. — 3) Derselbe, Ueber Paraplaste, eine neue Form medicamentöser Pflaster. Wiener med. Wochschr. No. 43. — 4) Derselbe, Ueber Gelanthum. Deutsche Medicinal-Zeitung. No. 73. — 5) Herxheimer, K., Ueber Pflasterpapiere. Therap. Monatshefte. S. 544. — 6) Schiff, E., Eine neue Grundlage für die Application von Medicamenten auf die Haut. Monatsh. f. pract. Dermat. Bd. XXIII. No. 10. — 7) Allen, Charles, W., Some of the uses of Electrolysis in Dermatology. New York Med. Record. p. 109. — 8) Bordier, H., Traitement électrostatique de l'eczéma. Lyon méd. p. 153. (Heilung eines sehr rebellischen Eczems — nach Meinung eines anderen Arztes Lichens — durch Anwendung der statischen Electricität.) — 9) Schischa, A., Zur Therapie einiger parasitärer Hauterkrankungen. Mittheil. d. Ver. d. Aerzte in Steiermark. No. 9. — 10) Danlos, Sur quelques préparations arsénicales et leur emploi en dermatologie. Annal. de Dermat. p. 856. — 11) Cantrell, Abott J., Calomel in skin diseases. Med. and surg. Rep. p. 681. — 12) Ehrmann, S., Das Nosophen in der Dermatherapie. Wiener med. Presse. No. 47. — 13) Frank, E. R. W., Therapeutische Mittheilungen über Tannoform. Monatsh. f. pract. Dermat. Bd. XXIII. No. 9. — 14) Ottinger, Zur Behandlung der Insectenstiche. Münchener med. Wochenschr. No. 49.

Leviseur (1) empfiehlt bei den durch Magen- und Darmstörungen hervorgerufenen Hautaffectionen neben der medicamentösen und diätetischen Behandlung den Zustand der Zähne zu berücksichtigen, resp. durch Füllung oder Ersatz einen ungünstigen Einfluss von Zahndefecten auf die Verdauung zu beseitigen.

Unna (2) betont, dass man bei den reducirenden Heilmitteln getrennt untersuchen müsse die bei allen reducirenden Mitteln infolge des Actes des Reductionsprocesses verschiedenen Anfangs- und Endproducte des betreffenden Medicamentes. Indem er vergleichend nichtoxydirtes und oxydirtes Pyrogallol anwendet, findet er, dass das Pyrogallol. oxydat. dem nichtoxydirten Präparat bei weitem vorzuziehen sei, indem es bei gleicher Heilwirkung die gesunde Haut nicht reize, auch bei langer Einwirkung keine Allge-

meinintoxication erzeuge und sich auch mit Oxydsalben (Zinkoxyd etc.) vermischt gebrauchen lasse.

Derselbe (3) empfiehlt als neue Form medicamentöser Pflaster ein Cautschukpflaster, das er Paraplast nennt. Dasselbe soll die meisten Vorzüge des Guttaperchapflastermulls theilen, dabei aber eine der Haut ähnliche Farbe zeigen.

Derselbe (4) empfiehlt als gutes Vehikel für die verschiedensten auf die Haut zu applicirenden Medicamente einen wasserlöslichen Firniss, das Gelanthum, gebildet aus Traganth und Gelatine (zu je $2\frac{1}{2}$ pCt.). Die unlöslichen Medicamente werden darin auf das Feinste vertheilt, auch lassen sich dieselben in sehr hohen Dosen (Ichthyol bis 50 pCt., Salicylsäure bis 40 pC.) mit dem Gelanthum mischen. Das Gelanthum bildet eine ganz glatte und nicht klebrige Decke, man kann damit auf ganz umschriebene Stellen innerhalb einer sehr reizbaren Hautfläche starke Medicamente auftragen.

Herxheimer (5) hat die üblichen Pflastermassen statt auf Mull oder Leinwand auf ungeleimtes japanisches Pflanzenfaserpapier aufziehen lassen. Die Pflasterpapiere schmiegen sich den Hautfalten besser an, als die bisherigen Pflaster, die Dauerhaftigkeit liess nichts zu wünschen übrig.

Schiff (6) empfiehlt ein neues Vehikel für dermatotherapeutische Stoffe:

Eine Auflösung von Cellulose-Nitrat in Aceton, der Oel zugesetzt ist. Es wird mit dem Pinsel aufgetragen und bildet nach Verdunstung des Acetons eine zarte, gut haftende Membran. Es lassen sich die verschiedensten Medicamente: Salicylsäure, Chrysarobin, Ichthyol, Theer etc. beimengen. Er nennt den Stoff Filmogen.

Allen (7) bespricht die Art der Anwendung der Electrolyse, bringt dabei nichts wesentliches Neues. Er beschreibt dann einen Fall von ausgedehntem Naevus vasculosus vulvae, bei dem er durch Electrolyse guten Erfolg erzielte, und empfiehlt das Verfahren ausser für Hypertrichose, Naevi, Teleangiectasien u. a. auch für Xanthelasma der Augenlider und für Sommersprossen, wenn letztere nicht zu zahlreich.

Schischa (9) empfiehlt zur Behandlung der Impetigo simplex und contagiosa gründliches Abwaschen der erkrankten Stellen mit warmem Wasser und Seife und Auflegen einer 5 proc. weissen Präcipitatsalbe. Für Furunkel, Sycosis vulgaris und parasitaria werden vor Allem heisse Breiumschläge, unter denen eine mit einer Lösung von essigsaurer Thonerde getränkte Compresse liegt, empfohlen. Bei Sycosis vulgaris wird bei hochgradigen Fällen nach Anwendung der Umschläge, bei geringgradigen von vornherein eine Paste mit Quecksilberoleat applicirt (Hydr. oleat. [5 pCt.] 28,0, Pasta Zinci 28,0, Ichthyol 1,0, Acid. salicyl. 1,2).

Danlos (10) empfiehlt von Arsenpräparaten drei als besonders wirksam: 1. Das metallische Arsen, 2. Schwefelarsen, 3. Acidum cacodylicum. Letzteres, der Zusammensetzung nach $\mathrm{AsO}\begin{matrix}/\mathrm{CH_3}\\-\mathrm{CH_3}\\\backslash\mathrm{OH}\end{matrix}$, soll namentlich bei reichlichem Arsengehalt doch gut vertragen werden, so dass hohe Dosen gereicht werden können. Verf. will gute Erfolge gesehen haben, besonders bei Psoriasis und bei Drüsensarcom.

Cantrell (11) empfiehlt den Gebrauch des Calomel in Salben, Emulsionen und Bädern bei den verschiedensten Hautaffectionen. Bei Sycosis parasitaria und Herpes tonsurans des behaarten Kopfes bewährte sich Calomel nicht.

Ehrmann (12) versuchte das Nosophen, resp. ein lösliches Natriumsalz dieses Präparates, das Antinosin, 1. als Wundverband bei Excisionen und Scarificationen, 2. bei Balanitis und Balanoposthitis, 3. bei Ulcus molle, 4. nach Furunkelincisionen und nach Auskratzung von Scrophuloderma (als Nosophengaze sowie als Antinosinlösung), 5. bei Fussgeschwüren. In allen Fällen sah er sehr gute Erfolge und konnte in den Fällen, wo sonst Jodoform (Ulcus molle u. a.) zur Verwendung kam, die Vorzüge des Nosophens gegenüber dem Jodoform constatiren.

Ottinger (14) empfiehlt zur Bekämpfung des Brennens und der Schwellung durch Insectenstiche sehr das Ichthyol, das am bequemsten in Form des 10 proc. Ichthyolguttaperchapflastermulls aufzulegen sei. Die günstige Wirkung beruht auf der gefässverengernden und somit entzündungshemmenden Eigenschaft des Ichthyols.

Acute Exantheme

bearbeitet von

Dr. UNNA in Hamburg und Dr. TAENZER in Bremen.

I. Allgemeines.

1) Jürgensen, Th. von, Acute Exantheme (aus Nothnagels Handbuch). Wien. — 2. Bernhard, L., Ueber Prodromal- und secundäre Exantheme. Münch. med. Wochenschr. No. 34. — 3. Samter, J., Zu den Mischinfectionen acuter Hautexantheme. Dtsch. med. Wochenschr. No. 29.

Am häufigsten treten Prodromalexantheme auf bei Morbillen und Rubeolen; dieselben sind meist Erytheme von polymorphem Character. Seltener finden sich Prodromalexantheme bei Diphtherie, Pneumonie, Scarlatina, Varicellen und Pertussis. Bernhard (2) beschreibt ein solches, das bei Pertussis sich einstellte und aus linsengrossen, runden, blassrothen Flecken bestand. Ferner beobachtete er ein masernähnliches Exanthem vor dem Ausbruch der Diphtherie und sogar vor dem Ausbruch von Morbillen. Die secundären, den acuten Hautausschlägen folgenden Exantheme theilt Verf. in drei Gruppen; bei der ersten derselben treten die Ausschläge am 10. bis 21. Krankheitstage auf (das Gesicht bleibt verschont); das Exanthem besteht aus rothen, sich vergrössernden, dann confluirenden Flecken. Das Centrum blasst ab, während die Ränder sich wallartig erheben und die Haut dadurch ein landkartenartiges Aussehen gewinnt. Die Temperatur sinkt hierbei ab. Bei der 2. Gruppe treten Ende der 2. oder Anfang der 3. Krankheitswoche linsengrosse, blassrothe Flecke in der Nähe der Gelenke der Extremitäten (namentlich des Kniegelenks) auf, welche centralwärts fortschreiten und schliesslich auch den Rumpf ergreifen. Das Gesicht bleibt ebenfalls frei. Bemerkenswerth ist das epidemische Auftreten im Umfang oder in der Mitte der 2. Krankheitswoche. Meist ist Temperatursteigerung vorhanden.

In ätiologischer Beziehung sei bemerkt, dass Verf. öfters bei solchen Exanthemen Streptococcen aus dem Blute der Erkrankten gezüchtet hat.

Samter (3) beschreibt einen Fall von Combination von Varicellen mit Morbillen, zwei Fälle von Scarlatina mit Morbillen und kommt auf Grund eines beobachteten Falles zu der Ueberzeugung, dass Variola und Varicellen wahrscheinlich verschiedene Processe sind. Der beobachtete Fall betraf einen mit Erfolg geimpften Säugling, der 10 Tage nach vorgenommener Impfung Varicellen bekam.

II. Scarlatina.

1) Salmann, Fall von schwerer Gelenkerkrankung nach Scharlach. Deutsche med. Wochenschr. No. 52. — 2) Knopf, Tiefe Halsphlegmone nach Scharlach mit Blutung aus der Jugularvene und Senkung zum Glutaeus. Dtsch. med. Wochenschr. No. 51. — 3) Niven, James, „Return“ cases of scarlet fever (The Lancet. August 1). — 4) Marmorek, Alexander, Behandlung des Scharlachs mit Antistreptococcenserum. Wien. med. Wochenschr. No. 7. — 5) Josias, Alb., De la scarlatine à l'hôpital Trousseau durant l'année 1895. De la sérothérapie dans la scarlatine. Bull. de thérap. CXXX 10. — 6) Baginsky, A., Die Anwendung des Antistreptococcenserum (Marmorek's) gegen Scharlach. Berl. klin. Wochschr. No. 16.

In Salmann's (1) Falle handelt es sich um einen Soldaten, der nach Ablauf eines regelrechten Scharlachs von wiederholten Schüttelfrösten mit hoher Temperatur befallen wurde. Zunächst stellte sich eine acute Nephritis ein, die sehr rasch zurückging. Dann wurden nach und nach die Ellenbogen-, Schulter- und Handgelenke von Schmerzen ergriffen und war theilweise auch ein Erguss in den befallenen Gelenken nachweisbar. Schliesslich wurden auch die Gelenke der Unterextremitäten befallen; dazu kam eine schwere Coxitis mit Lordose und Schiefstellung des Beckens, Spontanluxation mit Verkürzung des rechten Beines um 6 cm. Das Endresultat war, dass Patient als Ganzinvalide entlassen wurde. Gegen die Schmerzen war das Natrium salicylicum von vorzüglicher Wirkung.

In der von Knopf (2) beschriebenen Familienepidemie von Scharlach mit schwerer Diphtherie ist vor allem das Versagen der prophylactischen Maassregeln hervorzuheben. Trotz der Durchführung der peinlichsten Prophylaxe wurden im Zeitraume vom 5. December 1894 bis 12. März 1896 ergriffen die 3 Söhne, die Mutter, die Begleiterin, die Grossmutter und zuletzt der Vater. Des letzteren Krankheit wurde durch eine schwere tiefe Halsphlegmone complicirt, die des öfteren incidirt werden musste und zu ihrer Heilung beinahe ¼ Jahr beanspruchte.

In England hat man nach Entlassung der Scharlachkranken aus dem Hospitale öfters wieder das Aufflackern des Scharlachs durch die entlassenen Patienten beobachtet. Niven (3) fordert daher, dass die Scharlachreconvalescenten in sogenannten Uebergangsabtheilungen längere Zeit verbleiben und daselbst den Respirationstractus durch Gurgelung und Inhalationen, durch Bäder den Körper desinficiren.

Obschon die Erreger des Scharlachs noch unbekannt, kennt man doch die Streptococcen als die Urheber der schweren Complicationen des Scharlachs. Aus diesem Grunde, um die Complicationen zu vermeiden, injicirte Marmorek (4) den Scharlachkranken Antistreptococcenserum. Ueble Nebenwirkungen der Injectionen wurden nicht beobachtet, dagegen bewirkten dieselben schnelles Abstossen des diphtheritischen Rachenbelages, Aufhören der Delirien und der Albuminurie, die Abschwellung der Lymphdrüsen. Schwere Complicationen scheinen durch die Injection verhindert zu werden.

Im Gegensatz zu Marmorek hat Josias (5) keine Erfolge von den Antistreptococcenserum-Injectionen gesehen und empfiehlt daher die alte Therapie: Milchregime, Reinigung des Rachens, Mundes und der Nase, individuelle Maassnahmen.

Auch Baginsky (6) kann vorläufig noch nicht über Günstiges von diesen Injectionen berichten, doch betrachtet er seine Untersuchungen noch nicht als abgeschlossen. Von Complicationen durch diese Injectionen hat er nur zweimal kleine, wahrscheinlich vermeidbare, Abscesse gesehen.

III. Morbilli.

1) Gottstein, A., Fall von wiederholter Masernerkrankung. Beitrag zur Lehre von der erworbenen Immunität. Münch. med. Wochenschr. No. 13. — 2) Feltz, Rechute de la rugeole Gaz. hebdom. No. 84. — 3) Ellison, W. A., Case of acute ascending Myelitis, complicating Measles. Lancet. Oct. 17. — 4) Mackey, Edward, Convulsions and Phlebitis in Measles. Brit. Med. Journ. Dec. 19. — 5) Atkins, E. B. Macdonald, Case of Measles complicated with Pneumonia, followed by Scarlet fever and Diphtheria. Lancet. Nov. 28. — 6) Rix, C. J., Warmbaths in the treatment of Measles. Brit. Med.-Journ. Nov. 7. — 6) Weissbecker, Heilserum gegen Masern. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XXX. Heft 3 u. 4.

Gottstein's (1) Patientin ist ein jetzt 10jähriges Mädchen, was bereits vor 2 Jahren typische Masernerkrankung durchgemacht hatte und jetzt abermals von Masern befallen wurde, deren Echtheit durch weitere Uebertragungen zweifellos festgestellt ist. Bei der zweiten Erkrankung trat das Exanthem verspätet auf (48—72 Stunden zu spät), was der Verf. auf die bei der ersten Erkrankung erworbene locale Immunität zurückführt. Die Haut hatte bei der ersten Masernerkrankung eine gewisse locale Resistenz erworben, der übrige Organismus dagegen hatte nicht die geringste generelle Immunität gegenüber dem Maserncontagium acquirirt.

Feltz (2) beobachtete 14 Tage nach abgelaufenen Masern einen Rückfall derselben bei einem 7jährigen Kinde, der ebenso typisch als der erste Anfall war. Bei einem zweiten (zweijährigen) Kinde trat 18 Tage nach der ersten Erkrankung der Rückfall ein.

Ellison (3). Ein an Masern erkrankter, sich aber in der Reconvalescenz befindender Knabe erkrankte plötzlich an Harnverhaltung, Schmerzen in den Unterextremitäten, hohem Fieber und Apathie; diesen Symptomen schloss sich tags darauf eine Paraplegie mit vollkommener Anästhesie an, schliesslich erfolgte der Exitus.

Beide Fälle Mackey's (4), in denen sich Convulsionen und Phlebitis bei einem $1^1/_2$ resp. 10jährigen Kinde einstellten, endeten letal.

8 Tage nach eingetretener Reconvalescenz von Masern trat in dem Atkins'schen (5) Falle Scarlatina und Diphtherie auf.

Nach Rix (6) sollen die warmen Bäder bei Masern sehr erfolgreich sein, und namentlich Complicationen von Seiten der Nieren und Lungen hintanzuhalten im Stande sein. Alle 12 Stunden ein Bad von 10 Minuten Dauer, alsdann kommt der Patient ins warme Bett. Nachdem er fieberfrei ist, nur noch ein Bad täglich. Der Kopf ist vor dem Nasswerden zu schützen. Milchbäder sind nicht angebracht.

Weisbecker (7) behandelte 4 Masernpneumonien mit Marmorek's Antistreptococcenserum. Alle vier Fälle wurden durch das Serum so günstig beeinflusst, dass das Verfahren zu weiteren Versuchen ermuthigt. Schon nach ca. 6 Stunden trat Entfieberung ein und die Lösung der Pneumonie ging rasch und leicht von statten. Das Allgemeinbefinden besserte sich fast momentan, der Appetit nahm rasch zu und nach wenig Tagen waren die Patienten genesen. Oefters wurden nach den Injectionen rothe Stippchen beobachtet, die aber rasch von selbst wieder verschwanden.

IV. Rubeolae.

Brownlee, Rötheln (German measles) as a specific disease. Glasgow Journ. August.

Auf Grund einer Epidemie, die Brownlee beobachtete, erklärt er die Rötheln für eine selbständige Krankheit. Die Diagnose gründet der Verf. auf das rapide Auftreten mit wenigen oder keinen Prodomen, auf das verhältnissmässig geringe Fieber und das wenig gestörte Allgemeinbefinden auch bei heftigem Ausschlage, auf die Art des Ausschlages (dunkelrothe, discrete meist runde Flecke von verschiedener Grösse), auf die Vergrösserung der Nackendrüsen, auf das Verhalten der Zunge, des Kehlkopfes u. v. m.

V. Varicellae.

1) Goodall, E. W. und J. W. Washborn, On the incubation period of varicella. Brit. Med. Journ. Sept. 19. — 2) Vostano, Francesco, Sulla non identicità della varicella. Gazz. Lombard. No. 27. — 3) Griffith, J. P. C., A case of varicella gangraenosa, diphtheria, rubeola and varicella occuring at the same time. Philad. Reporter. Juni 27. — 4) Löhr, Zwei Todesfälle bei Varicellen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25.

Nach den Untersuchungen von Goodall und

Washborn (1) beträgt die Incubationsperiode bei den Varicellen nie unter 12, aber meist mehr als 14 Tage.

Vostano (2) beobachtete in Capua eine Pockenepidemie, der gleich darauf eine Varicellenepidemie folgte. Von einer Identität der beiden Krankheiten kann also nach V. nicht mehr die Rede sein.

Bei einem Kinde stellten sich nach Griffith (3) hintereinander ein: Pneumonie, Angina, morbillöses Erythem und endlich noch Varicellen. Die Bläschen der letzteren nahmen an Grösse zu, entleerten serösen Inhalt und trockneten mit einem rothen Rande ein, um nach einigen Tagen in gangränösen Zerfall überzugehen. Das Kind ging schliesslich an Marasmus zu Grunde. Die Section ergab nur Diphtherie der Trachea, keine Tuberculose.

Die beiden von Löhr (4) beschriebenen Fälle sind sehr interessant. In beiden Fällen handelt es sich um ungeimpfte Kinder, die zur Zeit einer Pockenepidemie an typischen Varicellen erkrankten. Im ersten Falle ergab die Section: Erysipelas phlegmonosum capitis et colli. Bronchopneumonia multiplex catarrhalis. Hyperplasia lienis follicularis. Enteritis follicularis catarrhalis. Hyperplasia medullaris glandularum meseraicarum et colli. Auf Grund der schweren anatomischen Veränderungen am Darm, den Mesenterialdrüsen und der Milz, welche durch eine einfache Varicellenerkrankung nicht hervorgerufen sein konnten, neigten sich Prof. Virchow und Dr. Jürgens der Diagnose „Variola" zu, während der Autor an seiner Diagnose „Varicellae mit septischer Infection" festhält. Der zweite Fall wird bezüglich seines letalen Verlaufs erst durch die Section verständlich. Diese ergab nämlich Miliartuberculose der Milz und Leber, die in vivo nicht zu diagnosticiren gewesen war.

VI. Variola.

1) Immermann, H., Variola (incl. Vaccination). II. Hälfte. Nothnagel's specielle Pathologie u. Therapie. Wien. — 2) Blattern- und Schutzpockenimpfung. Denkschrift zur Beurtheilung des Nutzens des Impfgesetzes vom 8. April. Bearbeitet im Kais. Gesundheitsamte. Berlin. — 3) Doll, K., Die Geschichte der Pocken und Schutzpockenimpfungen. Karlsruhe. — 4) Stadelmann, E., Pockenrecidiv oder Varicellen und Variola. Deutsche med. Wochenschr. No. 12. — 5) Vagedes, Mittheilung über eine Pockenepidemie in Berlin. Ebendas. No. 3. — 6) Fürbringer, P., Die jüngsten Pockenfälle im Krankenhause Friedrichshain. Ebendas. No. 12. — 7) Sheen, Alfred, On an outbreak of Small-pox at the Workhouse, Cardiff. British med. Journal. April 4. — 8) Macphail, Alexander, A case of confluent Small-pox in a Lascar. Lancet. June 20. — 9) Nichols, J. H., Report of cases of Small-pox at the state Almshouse, Tewsbury, in the spring of 1894. Boston Journ. March 5. — 10) Hervieux, M., Epidémie variolique de Marseille. Bull. de l'Acad. de méd. Paris. No. 34. 35. — 11) Robinson, Frank, The prodromal eruptions of Small-pox. Lancet. May 16. — 12) Ricketts, T. F. and W. S. Frith, Recovery in haemorrhagic Small-pox. Ibid. Febr. 1. — 13) Weber, J., Zur Aetiologie der Variola. Medycyna. No. 14. (Russisch.) — 14) Bryan, Alonzo, Arrest of Small-pox in its vesicular stage. New York med. Record. July 18. — 15) Newsholme, Arthur, On a doubtful case of recurrent Small-pox. Brit. med. Journ. Oct. 10. — 16) Davies, G. S., On a case of recurrent Small-pox. Ibid. Oct. 10. — 17) Ross, J. H., On recurrent cases of Small-pox. Ibid. Oct. 10. — 18) Saussol, Prophylaxie de la variole dans les écoles primaires, maternelles et crèches de la commune de Montpellier. Nouv. Montpell. méd. Suppl. bimensuell. No. 5. — 19) Freyer, M., Die Uebertragung von Variola auf Kälber behufs Erzeugung von Vaccine. Zeitschr. f. Hyg. 21. — 20) Derselbe, Ueber den heutigen Stand der Variola-Vaccine-Frage. Eine kritische Beleuchtung der dualistischen Auffassung über die Art beider Virus. Ebendas. 23. — 21) Copeman, S. M., The bacteriology of vaccinia and variola. Brit. med. Journ. May 23. — 22) Derselbe, Pathylogy of vaccinia and variola. Ibid. Jan. 4. — 23) Sur l'identité originelle de la vaccine et de la variole. (Discussion.) Lyon méd. No. 16.

Stadelmann (4). Ein $1^1/_2$jähr. ungeimpfter Knabe wird zweimal von Pocken befallen, das erste Mal nur von wenigen Pusteln (Variolois), das zweite Mal sehr intensiv: zwischen beiden Erkrankungen liegt ein fieberfreies Intervall von 7 Tagen. An der zweiten Erkrankung ging das Kind zu Grunde. St. glaubt nicht, dass die erste Erkrankung Varicellen gewesen sind, sondern wirklich Variolois.

Fürbringer (6) beschreibt die Ende 1895 im Berliner Krankenhause Friedrichshain ausgebrochene Pockenepidemie wie folgt: Am 19. October wurde die 3jähr. Elisabeth Haack mit der Diagnose Masern ins Krankenhaus Friedrichshain eingeliefert. Im Krankenhause wurde die Diagnose Masern verworfen und Varicellen diagnosticirt. Da das Krankheitsbild einen etwas schweren Character trug, wurden auch Pocken in Betracht gezogen und das Kind als Pockenkranker behandelt. Es ging plötzlich zu Grunde und die Section ergab Variola auch der Trachea. Am 29. October wurde das 3monatliche Schwesterchen als krank eingeliefert. Einige Tage darauf erkrankten im Krankenhause selbst 2 Kinder und 2 Pflegeschwestern, die mit der Elisabeth Haack auf demselben Pavillon gewesen, und am 1. November noch eine 31jähr. Frau, die an Diphtherie auf derselben Station gelegen. Bei diesen Kranken wurde die Diagnose Pocken definitiv festgehalten und die 6 Kranken in das Institut für Infectionskrankheiten translocirt. Zwei Tage später erkrankte weiter ein 3jähr. Kind, das eine Etage über dem früheren Krankenpavillon gelegen hatte und wegen Kränklichkeit noch nicht geimpft war. Ferner erkrankten ausserhalb der Anstalt noch 5 Personen, die sich die Keime zur Krankheit in dem Krankenhause geholt hatten (ein Pavillondiener, 3 Candidaten der Medicin, die bei der Section beschäftigt waren, und ein Tapezierer, der sich die Ueberführung der Kranken nach dem Koch'schen Institut aus Neugier angesehen hatte).

Vagedes (5) gelang es, die Infectionsquelle in einem Kaufmann S. aus Warschau ausfindig zu machen, der bei der Mutter des erstgenannten Pockenfalles, Elisabeth Haack, in Schlafstelle gewesen war und „Pickel" im Gesicht hatte, die er sich in einem Krankenhause (die Diagnose lautete: Urticaria varioloiformis universalis) behandeln liess. V. beschreibt die einzelnen Fälle genau und theilt die event. Sectionsergebnisse mit. Aus dieser Arbeit geht zur Evidenz hervor, dass nur Ungeimpfte von den Blattern befallen, Geimpfte dagegen,

trotzdem sie mit den bereits Erkrankten noch längere Zeit zusammen waren, verschont wurden.

Auch Sheen (7) beobachtete eine Epidemie von Blattern (21 Fälle) im Arbeitshause zu Cardiff, von der aber nichts Besonderes zu erwähnen ist.

Macphail (8) hatte als Schiffsarzt Gelegenheit, einen Fall von schwerer, letal verlaufender Variola zu beobachten; ein zweiter von diesem Falle inficirter Patient erkrankte nur leicht und genas bald.

Wie verhängnissvoll eine unrichtige Diagnose werden kann, zeigt Nichols (9). Ein angeblich an pustulösem Syphilid erkrankter Mann wird ins Krankenhaus geschickt, dort unter dieser Diagnose weiter behandelt und bald geheilt entlassen. Der erste, der ein Opfer der falschen Diagnose wurde, war Nichols selbst, trotzdem er als Kind geimpft war. Dann folgten der Bettnachbar und die beiden Wärter des ursprünglichen Kranken. Jetzt wurde die Krankheit erkannt und dementsprechend Maassregeln zur Dämpfung der Epidemie ergriffen.

Hervieux (10). In Marseille grassiren seit 1872 die Pocken, ohne dass sich der Gesundheitsrath zu entscheidenden Maassnahmen aufraffte. Beispielsweise sind von 1872—1896 (Januar-April) nicht weniger als 8430 an Variola verstorben. H. schildert die Missstände und macht zum Schlusse geeignete Vorschläge zur Abschaffung dieser Uebelstände.

Die prodromalen Pockensymptome, die nach Robinson (10) in ca. 11 pCt. der Pockenfälle auftreten, documentiren sich hauptsächlich als Erytheme oder Hauthaemorrhagien am Tage vor dem Auftreten der Pockenpapeln. Die Erytheme sind leicht mit Masern oder Scharlach zu verwechseln. Die Haemorrhagien (Petechien) traten hauptsächlich bei Geimpften auf; die Pusteln verschonten die von Erythem befallenen Stellen.

Ricketts und Frith (12). Eine früher vaccinirte Person erkrankte recht schwer an haemorrhagischen Pocken (Haematurie, Haematemesis), erholte sich aber ganz plötzlich und genas.

[Im Blute der Variola-Kranken hat Weber (13) bemerkt. a) Kleine kugelige, stark lichtbrechende, grünliche oder bläuliche (je nach der Beleuchtung!) Körperchen, welche bis zu 1,8 μ Durchmesser besitzen und mit Rotations-, manchmal auch mit Progressions-Bewegungen begabt sind. b) Solche „Körnchen" befinden sich manchmal im Innern von grossen, kugeligen, homogenen oder schwach körnigen, bis zu 5,6—7,2 μ im Durchmesser grossen, unbeweglichen Gebilden, woselbst sie manchmal lebhafte, manchmal aber gar keine Bewegung zeigen. Jene grossen Gebilde glaubt der Verf. als ein Entwicklungsstadium eines Protozoen auffassen zu können und legt ihnen den Namen „Sirenenkörperchen" bei. c) Grössere „Körnchen" können ihre Beweglichkeit und ihren Glanz verlieren; manchmal befinden sich im Innern solcher grösseren „Körnchen" ein bis zwei kleinere. Solche Bilder hält der Verf. für ein Uebergangsstadium, resp. für junge Formen seiner „Sirene". d) Ausser den freien und den in den „Sirenenkörperchen" eingeschlossenen „Körnchen" hat der Verf. auch solche bemerkt, die miteinander durch einen „Faden" verbunden sind. — Neben der Entstehung von jungen „Sirenen" aus „Körnchen" will Verf. directe Theilungsvorgänge an den „Sirenen" gesehen haben. — Die „Sirenenkörperchen" sind mit Methylenblau und alcoholischer Eosinlösung färbbar; die „Körnchen" tingiren sich dabei stärker. Aeltere Sirenen sind mit keinem Reagens als Ganzes färbbar; in solchen Exemplaren nehmen nur die „Körnchen" die Eosinfärbung an. —

„Sirenen"-Culturen hat Verf. zuerst in alkalischer, halberstarrter (dünner) Agarlösung bekommen; merkwürdiger Weise waren die Culturen macroscopisch nicht bemerkbar. Aehnliche Culturen kann man angeblich nicht nur aus dem Blute der Variolösen, sondern auch aus dem Blute der Morbilli- und Scarlatina-Kranken erhalten. Im sehr dünnen flüssigen Agar geht die „Sirene" in Gestalt von weissem Niederschlag üppig auf. — Die „Sirenen" sind im Blute nur während des Eruptionsstadiums zu finden und nämlich desto reichlicher, je schwerer der Krankheitsverlauf sich gestaltet. In den Variolapusteln nimmt die Zahl der „Sirenen" mit der Herannäherung des Suppurationsstadiums zu. In solchen Pusteln erscheinen endlich auch die grössten (15 μ Durchm.) mit einem oder zwei opaken, und einem durchsichtigen Kern ausgestatteten „Sirenen", welche der Verf. als Endstadium der Entwickelung dieses Protozoon auffasst. — Die „Sirenen" sind nach Angabe des Verf.'s den eosinophilen Zellen ganz ähnlich, und unterscheiden sich von ihnen nur durch die rege Bewegung der „Körnchen". — Die „Sirenen" sind dem Gesagten nach kein für Variola specifischer Befund. Ob ihnen irgendwelche pathogenetische Bedeutung zukommt, kann der Verf. vorläufig noch nicht entscheiden.

Ciechanowski (Krakau).]

Beim Uebergang des vesiculösen in das pustulöse Stadium der Blattern handelt es sich nach Bryan (14) um secundäre Infection mit Eitercoccen. Peinlich durchgeführte Antisepsis (Sublimatbäder 1 : 500) können das Pustulöswerden verhindern. Des Verf.'s Verfahren ist folgendes; Abwaschung der Haut mit warmem Wasser und Kaliseife, hinterher Reinigung mit Alcohol, 2 proc. Sublimatlösung und zuletzt mit Wasserstoffsuperoxyd (jede 10—15 Minuten lang). Zum Schluss wird der ganze Körper in Borwatte eingewickelt. Diese Procedur wird 3 Tage lang wiederholt.

Newsholme's (15) Patient wurde mit Variola confluens am 29. December 1894 aufgenommen und am 2. Februar 1895 entlassen, nachdem alle seine Sachen gehörig desinficirt und er selbst gehörig gebadet worden war. Am 5. Februar erkrankte er an einem papulösen Ausschlage am Rumpfe, später auch im Gesichte, der das Aussehen einer gewöhnlichen Acne hatte. Dabei war Fieber vorhanden. Verf. kann sich nicht entscheiden, ob es sich um wahre Pocken oder um Schafpocken gehandelt hat.

Davies' (16) Patient, in der Kindheit geimpft und einige Jahre vor der Erkrankung an Pocken erfolglos revaccinirt, erkrankte im November 1896 an Pocken. Als er sich bereits in der Reconvalescenz befand, wiederholten sich unter heftigen Kopfschmerzen

und hohem Fieber die Anfangssymptome der Variola. Neue Papeln traten auf, auf denen sich Bläschen bildeten, die zu Pusteln wurden.

3 ähnliche Fälle beschreibt auch Ross (17).

Freyer (19) ist es abermals gelungen, mit echtem Pockenstoff Variola des Menschen auf das Kalb zu übertragen. Die Uebertragung geschah ausserhalb der Anstalt, die nachherige Vaccination fiel absolut erfolglos aus. Die Uebertragung des Pockenstoffes auf ein zweites Kalb fiel erfolglos aus und zeitigte bei einem 3. Kalbe nur wenige Pocken. Der Verf. führt dies darauf zurück, dass erstens bei der Verwendung des Pockenstoffes zu wenig wirksame Elemente sich darin befunden haben und dass zweitens die Empfänglichkeit der Kälber für Pocken eine verschieden grosse sei. Die Weiterimpfung des gezüchteten Pockenstoffes wurde durch 4 Generationen fortgesetzt und dann Kinder mit vollem Erfolge damit geimpft.

Als Infectionsträger der Vaccine entdeckte Copeman (21 u. 22) einen feinen Bacillus, den er auch wiederfand, wenn er von Variolakrusten auf Hühnereiweiss impfte und bei Körpertemperatur einen Monat lang im Brutofen bewahrte. Mit den Culturen von diesen Eiern wurden Kälber vaccinirt und von diesen brauchbare Lymphe gewonnen. Nach Verf. ist demnach Variola und Vaccine identisch.

VII. Vaccine.

1) Pagel, Edmund Jenner. Zur 100jährigen Gedenkfeier. Deutsche med. Wochenschr. No. 20. — 2) Behrend, Gustav, Ueber Variolation; historischer Rückblick bei Gelegenheit der Hundertjahrfeier der Entdeckung Ed. Jenner's. Ebendas. — 3) Werner, Die Schutzpockenimpfung in der preussischen Armee. Ebend. — 4) Jaksch, R. von, Ueber die Vaccination. Prager med. Wochenschr. No. 22. — 5) The Feeling of the public with regard to vaccination. Brit. med. Journ. May 23. — 6) The Jenner centenary abroad. Ibid. — 7) Hay, Gustav, Jenner und die Blatternimpfung. Wiener med. Wochenschr. No. 20. — 8) Stumpf, Ludwig, Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Baiern im Jahre 1895. Münch. med. Wochschr. No. 51. — 9) Mitscha, August, Ueber die Impfung in Niederösterreich. Hyg. Rundschau. No. 23. — 10) Short outline of the evidence given before the royal commission on vaccination. Brit. med. Journ. May 23. — 11) The report of the royal commission on vaccination. Ibidem. Aug. 22. — 12) Hublé, M., Précis de la vaccine et de la vaccination moderne. Paris. Soc. d'édit. scient. — 13) Jaksch, R. von, Ueber die Vaccination. Berlin. — 14) Kübler, Impfgegnerische Beweismittel. Deutsche med. Wochschr. No. 20. — 15) Heimann, Georg, Die Pockensterblichkeit in Preussen während der Jahre 1872—1894. — 16) Kaempffer, L., Kurze Mittheilung über eine Kuhpockenepidemie mit Uebertragung auf den Menschen. Dtsch. med. Wochschr. No. 50. — 17) Fürst, L., Die Pathologie der Schutzpockenimpfung. Berlin. — 18) Martin, F. C., The propagation, preservation and use of vaccine virus. New York med. Record. May 30. — 19) Voigt, Leonhard, Der Impfschutz der Hamburger Variolavaccine des Jahres 1881. Vierteljahrschr. f. öffentl. Gesundheitpfl. XXVIII. — 20) Weber, J., Ueber atypische Entwickelung der Impfpusteln. (Russisch.) Medycyna. No. 20. — 21) Arloing, S., Influence de l'exanthème vaccinal sur les localisations microbiennes. Compt. rend. Acad. des sc. CXXII. 10. — 22) Fox, G. H., A case of papular erythema following vaccination. Med. News. No. 1. — 23) Riether, Gustav, Fall von reichlicher Entwickelung von Vaccinepusteln auf dem Boden eines Kopf- und Gesichtseczems. Wiener klin. Wochenschr. No. 44. — 24) Peiper, Erich u. Siegfried Schnaase, Ueber Albuminurie nach der Schutzpockenimpfung. — 25) Schnaase, Siegfried, Dasselbe. Greifswald. Dissertation. — 26) Peiper, Erich, Ueber den Werth der Impfung und über Albuminurie nach der Schutzpockenimpfung. — 27) Schutte, M. J. F., De „Jenner" Vaccinemolen. Weekblad. 4. VII. — 28) Jorissenne, G., Le meilleur procédé de vaccination. Bull. de thérap. CXXX. 10 Livr. — 29) Bericht über die Thätigkeit der Commission zur Prüfung der Impfstofffrage. Berlin. — 30) Wolffberg, Ueber die Schutzwirkung der Impfung. Bonn. — 31) Landmann, Ueber reine animale Lymphe. Hygien. Rundschau. No. 10. — 32) King, W. G., Lanolin Vaccine. Brit. med. Journ. Nov. 7. — 33) Hime, Th. W., Animal Vaccination. Ibid. May 23. — 34) Witte, Zur Frage der Schutzpockenimpfung mit sterilen Instrumenten. Deutsche med. Wochenschr. No. 20.

Die Arbeiten von Pagel (1), Behrend (2), Jaksch (4, 13), Hay (7) und No. 5 u. 6 sind Festvorträge, die gelegentlich des 100jährigen Gedenktages von Jenner's Entdeckung der Schutzpockenimpfung gehalten wurden. Sie beschäftigen sich mehr oder weniger mit historischen Reminiscenzen und wiederholen nur Bekanntes.

Die Pockensterblichkeit in der preussischen Armee betrug nach Werner (3) vor der Einführung der Zwangsimpfung jährlich im Durchschnitt 3,6 $^0/_{000}$ und stieg nach Einführung der Impfung (mit Zustimmung der betr. ungeimpften Mannschaft) 1831 auf 7,5 $^0/_{000}$. Deshalb wurde im selben Jahre die Zwangsimpfung aller (auch der bereits geimpften) Rekruten eingeführt. Jetzt sank die Blatternsterblichkeit, die vorher im Heere grösser als in der Civilbevölkerung war, im ersteren weit unter die der Civilbevölkerung. Die Zwangsimpfung bewährte sich am besten im Kriege 1870/71 gegenüber der Pockensterblichkeit im französischen Heere. Von den $1^1/_2$ Millionen mobilen und immobilen deutschen Truppen starben an Blattern 459 gegenüber den 23400 Todesfällen im französischen Heere.

Der bayerische Impfbericht von Stumpf (8) giebt ungefähr dieselben Ergebnisse wie im Vorjahre. Zu bemerken ist, dass an mehreren Kindern die Entwicklung von Impfpusteln neben schon vorhandenen Varicellenbläschen beobachtet wurde. Ferner wurde bei einem Kinde, dessen Geschwister entweder erfolglos geimpft waren oder bei denen sich nur eine Pustel entwickelt hatte, ebenfalls nur die Entwicklung einer Pustel beobachtet. Nachimpfung war erfolglos (relative Immunität). Ein anderer Impfling wurde zum 5. Male, aber gleichfalls erfolglos geimpft.

Kübler (14) beschäftigt sich mit der Widerlegung der vom Impfgegner Förster im deutschen Reichstage vorgebrachten Einwände gegen das deutsche Impfgesetz, die von den meisten deutschen Aerzten wahrscheinlich nur belächelt und nicht ernst genommen worden sind. Die Beweise, die Kübler vorbringt, beweisen klipp und klar, dass die Behauptungen der Impfgegner unhaltbar sind. Das zeigt auch deutlich die Arbeit von

Heimann (15) über die Pockensterblichkeit in Preussen während der Jahre 1872—94. Während im Jahre 1871 noch 4482 Pockentodesfälle vorkamen, gab es deren in den Jahren 1875—94 zusammen nur noch 223 (davon kommen auf Königsberg allein 104).

Kämpffer (16) beobachtete eine Kuhpockenepidemie auf einer Domäne in der Mark, deren Ursprung nicht nachweisbar war. Von 90 Kühen wurden 60 ergriffen. Die Pocken sassen ausnahmslos an den Zitzen der Euter. Von den 16 Melkerinnen (16—29 Jahre alt), die sämmtlich revaccinirt waren, erkrankten 10, darunter die jüngste und älteste, also unabhängig von der seit der Revaccination verflossenen Zeit. Die Eingangspforten waren meist kleine Verletzungen. Meist sassen die Pocken an der rechten Hand. Als Begleiterscheinungen traten mächtig in der Breite entwickelte Lymphangitiden auf.

Die Arbeit von Martin (18) enthält nur längst bekannte Sachen.

Ob eine Lymphe grossen Schutz bei den geimpften Personen hervorgerufen hat, kann nach Voigt (19) nur durch eine Pockenepidemie oder durch die Revaccination constatirt werden. Wird bei der Revaccination einwandsfreie Lymphe verwendet, die bei den Erstimpflingen mit Erfolg, bei den Wiederimpfungen ohne Erfolg angewendet wird, so beweist das, dass die betr. Lymphe besonders starke Immunität zu verleihen vermochte. Dies ist z. B. in Hamburg seit 1892 der Fall, von wo an der Misserfolg der Revaccination im Steigen begriffen ist. Der Misserfolg in Procenten ausgedrückt, betrug 1893 = 17,1 pCt., 1894 = 30,8 pCt. Der Misserfolg der betreffenden Erstimpfungen betrug nur 1893 = 0,39 pCt., 1894 = 1,18 pCt. Voigt's Schlüsse lauten:

1. Im Jahre 1881 entstand durch die Verimpfung von Menschenblatternlymphe auf ein Kalb an diesem Thiere eine Blatternpustel, welche den Character der Cowpox annahm und den Ursprung des jetzt noch benutzten Stammes der Hamburger Impflymphe lieferte.

2. Die Lymphe dieses Stammes erwies sich während der ersten Jahre sowohl frisch wie in aufbewahrtem Zustande dauerhaft als ganz besonders wirksam und die mit der Lymphe dieses Stammes erzielten Pusteln wuchsen kräftiger als diejenigen der bisherigen Lymphe.

3. Jetzt nach Ablauf von 11 Jahren besitzen die damals mit dieser neuen Lymphe Geimpften eine weit grössere Immunität gegen die ihnen neuerdings wieder eingeimpfte Vaccine als alle ihre deutschen Altersgenossen; daher darf man der Hamburger Impflymphe auch eine hervorragende Schutzkraft gegen die Blattern zutrauen.

[Bei der Revaccination der in das Warschauer „Reserve-Spital" eintretenden Kranken entwickelte sich nach Weber (20) manchmal anstatt der typischen Impfpustel ein oder mehrere dunkelrothe, glatte, glänzende, erbsengrosse oder kleinere Knötchen die später ihren Glanz verlieren und vermittelst langsamer Desquamation mit Hinterlassung einer pigmentirten Hautstelle verschwinden. Im Blutstropfen, welcher durch Nadelstich aus solchen Knötchen gewonnen wurde, bemerkte der Verf. constant 10—16 μ im Durchmesser messende Amöben, die eine Anzahl von langsam beweglichen Körnchen in ihrem glanzlosen, feinkörnigen Protoplasma enthalten. Manchmal entstehen an der Oberfläche der benannten Knötchen weisse Fecke, indem gleichzeitig ein entzündlicher hochrother Hals um die Knötchen sich entwickelt. In dem eiterähnlichen Inhalt solcher Flecke will Verf. die schon beschriebenen „Sirenen" gesehen haben; das gleichzeitig untersuchte, aus den rothen Partien des Knöchens stammende Blut beherrborgt jedoch Amöben. — Der Verf. glaubt, dass die beschriebenen atypischen Impfknötchen durch Amöben, die typischen Pusteln durch „Sirenen", welche eitererregende Eigenschaften besitzen, die atypischen suppurirenden Knötchen durch Symbiose von Amöben und „Sirenen" hervorgerufen werden. **Ciechanowski** (Krakau).]

Arloing (21) züchtete aus dem Pustelinhalte von künstlich an Füllen erzeugten Pferdepocken einen Staphylococcus, von dem der Verf. nicht weiss, ob er schon vorher im Thierkörper vorhanden war oder erst bei der Inoculation in denselben hineingelangt ist. Er glaubt, dass der Coccus der Urheber einer secundären oder begleitenden Infection ist.

Im Eintrocknungsstadium der Impfpusteln sah Fox (22) sich bei einem Kinde plötzlich unter hohem Temperaturanstieg und mässigem Jucken ein stecknadelkopfgrosses, papulöses Erythem einstellen, das seinen Hauptsitz am Stamme hatte, aber anderen Tages schon wieder abgeblasst war. Es hinterliess geringe Desquamation und hatte das Aussehen eines kleinmaculösen Syphilides.

Riether (23) behandelte ein 7monatliches an nässendem Eczem des Kopfes und Gesichtes leidendes Kind, das mit einem erfolgreich geimpften 8monatlichen Kinde zusammen auf dem Lande in Pflege gewesen war. Das Kind ging daran zu Grunde. Die Pusteln hatten sich nur auf den eczematösen Stellen entwickelt und war das Kind von seinem Pflegegenossen jedenfalls inficirt worden.

Peiper und Schnaase (24, 25, 26) untersuchten den Harn der Impflinge derart, dass sie den Müttern der geimpften Kinder im Impftermin 5 mit Chloroform desinficirte Fläschchen mitgaben, in denen der Urin des Impflings am 1., 3., 7. u. 10. Tage nach der Impfung aufgefangen werden sollte. Der aufgefangene Harn wurde nach den üblichen Methoden untersucht. Im ganzen wurde der Harn von 122 Kindern untersucht. (474 Urinproben). Neunmal wurde eine leicht Opalescenz beobachtet (minimale Albuminurie) = 5,73 pCt. Nephritis konnte in keinem Falle constatirt werden. Es ist infolgedessen der vaccinalen Albuminurie keine Bedeutung beizulegen.

Schutte (27) hat aus ungebranntem Porzellan einen mit einer Kurbel versehenen Apparat construirt, der zum Verreiben der Lymphe dient.

Jorissenne (28) empfiehlt als die beste Impfmethode das Abkratzen einer ca. 9 mm im Geviert enthaltenden Hautstelle mit dem Scalpell, wobei Blutungen vermieden werden sollen.

Die bei der Impfung auftretenden Complicationen führt Landmann (31) auf die durch Bacterien (namentlich Strepto- und Staphycoccen) verunreinigte Lymphe zurück. Früher hatte der Verf. schon öfters versucht, die Lymphe von den verunreinigenden Bacterien zu befreien, allein es hatte darunter die Qualität der Lymphe gelitten. Sein jetziges Bestreben ging daher dahin, die Lymphe bei der Gewinnung keimfrei zu erhalten. Er impft daher die Kälber nicht mehr auf den der Verunreinigung stark ausgesetzten Bauch, sondern auf den rasirten und sauber desinficirten Rücken und schützt die Impfstellen vor Verunreinigung. Hierdurch hat Verf. öfter keimfreie Lymphe erhalten, wie Culturversuche ergeben haben. Sind nun auch die Hände der Impfärzte, die Impflanzetten und die Haut des Impflings steril gemacht, so kann man auf complicationsfreie Impfpusteln rechnen.

Die von King (32) schon vor Jahren als am haltbarsten empfohlene Lanolin-Vaccine hat sich auch in Indien eingebürgert und übertrifft durch ihre Haltbarkeit alle anderen Präparate.

Hime's (33) Arbeit ist nur eine Recapitulation der jetzigen Anschauungen und Methoden der Impfung.

Witte (34) empfiehlt das Verfahren Weichardt's, das auch schon an dieser Stelle besprochen wurde, auf das Wärmste.

Syphilis

bearbeitet von

Privatdocent Dr. MAXIMILIAN v. ZEISSL in Wien.

I. Schanker und Bubonen.

1) Audry, Ch. et Victor Durand, Sur le bubon et son traitement. De l'extirpation des adénites suppurées de l'aine. Gazette hebdom. de méd. No. 60. (Empfehlung der radicalen Exstirpation der Inguinaldrüsen.) — 2) Audry, Sur un procédé pratique de chauffage des chancres simples. Journ. d. malad. cut. et syphil. April. No. 4. p. 237. (Man nähert den glühenden Thermocauter dicht den ulcerirten Stellen bis auf 1/2 cm. Meist genügt eine Sitzung. Jodoformverband.) — 3) Balzer, F., Die Behandlung des phagedänischen Schankers mittelst dauernder Irrigation mit einer heissen Lösung von Kalium hypermang. Monatshefte für pract. Dermatol. No. 11. Bd. XXIII. — 4) Besnier, E., Ulcération chancriforme du sein. Ann. d. Derm. 3. VII. Soc. franc. et Derm. et de Syph. 15. février. — 5) Bradley Gaither, A., The abortive treatment of acute suppurative Adenitis of the groin by pressure Bandage. Johns Hopkins Hospit. Bulletin. No. 64. — 6) Brouardel, Georges, Eléphantiasis des organes génitaux externes consécutif à l'ablation des ganglions inguinaux. Annal. de Derm. 3. VII. Soc. franc. de Derm. et de Syph. Séance d. 11. VI. — 7) Buschke, Ueber die Pathogenese des weichen Schankers und der venerischen Bubonen. Verhandlungen d. deutsch. dermatol. Gesellschaft. 5. Congress. S. 512. — 8) Daulos, Chancre de la lèvre. Ann. d. Dermat. 3. VII. p. 718. Société française de Dermatol. et de Syph. 13. Mai. — 9) Ehrmann, S., Das Nosophen in der Dermathotherapie. Wien. med. Presse. No. 47. (Rühmt die Vorzüge des Präparates bei Balanoposthitis, der venerischen Helcose u. a. Geschwürsprocessen. — 10) Emery et Sabouraud, Chancre mon de la langue. Ann. de Derm. 3. VII. Soc. franc. de Derm. et de Syph. 15. Février. — 11) Lanz, Alfred, Zur Therapie des Ulcus molle. Deutsche med. Wochenschr. No. 17. S. 264. — 12) Miekley, Johannes, Statist. Beiträge zur Lehre des auf Ulcus molle folgenden Bubo inguinalis. Inaug.-Dissert. Berlin. — 13) Derselbe, Dasselbe. Dermatol. Zeitschrift. Bd. III. Heft 4. — 14) Rasch, C., Our den saakaldte difteroide form af den simplen Chanker zaar Collum uteri. Hosp. Tid. 4. R. IV. 28. p. 661—668. — 15) Rille, J. H., Zur Aetiologie der Bubonen. Verhandl. d. deutsch. dermat. Gesellschaft. 5. Congress. S. 567. — 16) Schischa, A., Die Behandlung der Bubonen mit Hydrargyrum benzoatum. Wien. med. Wochenschr. No. 2. 3. 1897. — 17) Schoenfeld, Moritz, Ueber Ulcera contagiosa in der Harnröhre. Ebendas. No. 25. — 18) Unna, P. G., Die verschiedenen Phasen des Streptobacillus ulceris mollis. Monatshefte f. pract. Dermat. XXI. Bd. 1895. — 19) Zeissl, M. v., Ueber den gegenwärtigen Stand der Erkenntniss des Schankergiftes, Wien. klin. Wochenschrift. No. 2 u. 3.

Bradley Gailher (5) greift auf das nunmehr historische Compressionsverfahren bei Bubonen zurück. Von 18 behandelten Fällen missglückten 9, dennoch wird über günstigen Erfolg in 85 pCt.! berichtet. Viele Kranke tolerirten wegen Schmerzen nicht den Druckverband, andere mussten noch nachträglich wegen Suppuration der Drüsen operirt werden. In den geheilten Fällen entwickelte sich häufig während der Application des Druckverbandes bedeutendes Oedem des Penis.

Buschke (7) fasst das Ergebniss seiner eingehenden Studien der Schankerbubonen in folgende Schlussfolgerungen zusammen:

1. Für die Entstehung des Schankerbubo haben die gewöhnlichen Eitererreger keine Bedeutung. Nur ausnahmsweise scheinen vom Ulcus molle aus diese Bacterien in die regionären Drüsen einzudringen.

2. Virulente und avirulente Schankerbubonen kommen zu Stande durch das Eindringen der Schankerbacillen in die Lymphdrüsen.

3. Die verschiedenen klinischen Bilder sind auf die Veränderung der Virulenz zurückzuführen, welche die Ulcus-molle-Bacillen unter dem Eindruck ungünstiger Lebensbedingungen in den Drüsen erleiden.

Bezüglich der venerischen Helcose selbst steht Verf. auf dem Standpunkte, dass dieselbe als eine specifische, durch den Unna-Ducrey-Krefling'schen Bacillus bedingte Infectionskrankheit sei.

Dem Ulcus molle klinisch ähnliche aber gutartigere (?) Geschwüre, welche durch die gewöhnlichen Eitererreger entstehen, können sich selten im Anschluss an einen Coitus mit derselben Incubationszeit wie jenes entwickeln. Diese Geschwüre gehören in die grosse Zahl der einfachen Genitalgeschwüre, die nach sonstigen Traumen etc. balanitischen Geschwüren etc. entstehen; man fasst dieselben gegenüber dem eigentlichen Ulcus molle vielleicht am besten als Ulcus genit. simplex. zusammen.

Auch für den Chancre mixte gilt nach B. neben dem Syphilisgift der Ducrey'sche Bacillus als Krankheitserreger.

Emery und Sabouraud (10) veröffentlichten den bisher nicht bekannten Befund eines weichen Geschwüres der Zunge. Ein 25 jähriger Mann, der 1893 Lues (Sclerose, Exanthem, Plaques im Munde) durchmachte und seither keinerlei Recidiven aufwies, übt am 4. Jan. 1896 den Coitus und „baiser vulvaire" aus. Nach 8 Tagen weiche Geschwüre am Praeputialsaum, Sulcus und Penoscrotalwinkel, inflammatorische Drüsenschwellung in beiden Leisten, zur selben Zeit zeigt sich am Zungenrücken eine ulcerös zerfallene Fissur, welche sich später in ein Kreuzergrosses characteristisches Ulcus molle umwandelt. Die Submaxillardrüsen rechts geschwellt, schmerzhaft. Nach wenigen Tagen Suppuration der inguinalen und submaxillaren Bubonen. Punction.

Alle Ulcerationen weisen in gresser Menge den Ducrey-Unna'schen Bacillus auf. Die Inoculation vom Zungengeschwür, liefert am Arm typische bacillenhaltige Ulcera mollia.

Der Buboneneiter (der Leisten und Halsdrüsen) erweist sich microscopisch und culturell keimfrei.

Lanz (11) constatirt, dass dem Jodkali mitunter bei Ulcus molle eine specifische Wirkung zukommt und zwar nicht nur in denjenigen Fällen, in welchen eine luetische Allgemeininfection vorangegangen war (siehe Neisser, ref. im Jahresbericht 1895. S. 558) und sich aus dem weichen Geschwür im weiteren Verlaufe ein serpiginöses, tertiäres entwickelt, sondern auch dann wenn der Träger nie an Syphilis gelitten hat. Hierfür kann Verf. jedoch nur ein einziges Beispiel anführen.

Mickley (12) benutzte zur Ausarbeitung seiner These die Krankenberichte der venerischen Stationen der Berliner Garnisonlazarethe, von welchen jene der letzten zwanzig Jahre in Betracht gezogen wurden. Aus diesen Berichten konnte Verf. 2938 Fällle von weichem Schanker eruiren, 1051 derselben gingen mit Bubonen einher, also über ein Drittel der Fälle, oder 35,2—33 pCt. Unter 100 Bubonen stehen 47,7 linksseitigen, 35,4 rechtsseitigen gegenüber, während die beiderseitigen Bubonen 16,9 pCt. betragen. Aus der Statistik geht weiter hervor, dass die Häufigkeit der Bubonen bei den einzelnen Truppengattungen abhängt von der „Disposition der Waffe", sodass die Cavallerie die meisten Bubonen, nähmlich 47,6 pCt. aller Ulcera mollia, die Infanterie die wenigsten, nämlich 34,6 pCt. aufweist.

Die jährlichen Schwankungen in der Häufigkeit des Bubo zeigen zwei Culminationspunkte, deren höherer im März, deren niedrigerer im September liegt.

In dem 20 jährigen Zeitraum von 1876—1895 zeigen die Bubonen ein stetiges Sinken bis 1886, dann ein rascheres Ansteigen und in den letzten Jahren ein unregelmässiges Verhalten.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer aller Ulcera mollia beträgt etwa 30 Tage, die der nicht mit Bubo complicirten 18,69, die der mit Bubo complicirten weichen Schanker 39,671, sodass die Behandlung der Helcose durch Bubo inguinalis um 21 Tage verlängert wird. Die Heilungsdauer derjenigen Fälle von Bubo, welche Incisionen verlangen, beträgt im Durchschnitt $50^1/_4$ Tage, die der nicht operativ behandelten Fälle etwa 31 Tage. Die Therapie der Bubonen erheischte in 56 pCt. Incision, die übrigen 44 pCt. gingen auf Behandlung mit Ung. cinereum, Praecipitat. rubrum, Alcoholverband etc. zurück.

[Rasch (14) bezeichnet als diphtheroide venerische Geschwüre, Ulcerationen des Collum uteri, welche er bei 2 Frauen (30 und 36 Jahr alt) des Kopenhagner Communalspitals zu beobachten Gelegenheit hatte. Der venerische Character der Geschwüre wird durch das Vorhandensein weicher Schanker bei der Infectionsquelle, und die Antoinoculation affirmirt.

R. Bergh.]

Rille (15) hat an Neumann's Klinik in 8 Fällen unter 100 mit Erfolg den Eiter venerischer Adenitiden inoculirt, also 8 pCt. virulenter Bubonen gesehen. Das Ergebniss der bacteriologischen Untersuchung war, dass in allen Fällen, welche einen oculirbaren Eiter ergaben, der Ducrey'sche Bacillus sich auch im Adenitiseiter nachweisen liess, während im nicht virulenten Buboeiter tinctoriell keinerlei Microorganismen, culturell in wenigen Fällen Staphylococcus p. aureus und albus zu constatiren waren.

Schischa (16) behandelte an der Klinik Jarisch in Graz 26 suppurative Bubonen mittelst Punction und Injection einer 1 proc. Hydrarg. benzoic.-Lösung. Die durchschnittliche Heilungsdauer belief sich auf 21,5 Tage.

Schönfeld (17) beschreibt drei Fälle von Harnröhrenschankern, welche sich mittelst endoscopischer Exploration im multipler Anzahl zwischen Bulbus und

Orificium ext. constatiren liessen. In einem der Fälle war die Urethralschleimhaut allein afficirt, in den anderen auch Ulcera der Glans vorhanden.

Unna (18) führt zur Wahrung der historischen Richtigkeit an, dass er die Identität des Ducrey'schen Bacillus mit seinem Streptobacillus nie in Abrede gestellt habe, wenn auch in seiner ersten einschlägigen Mittheilung die Frage der Identität beider Microorganismen offen blieb.

Die von vielen Autoren betonten Differenzen beider Krankheitserreger fasst auch U. ins Auge, führt dieselben jedoch auch auf das verschiedene Verhalten eines und desselben Pilzes im Gewebe und im Secrete des weichen Geschwüres, sowie auf verschiedene Entwicklungsphasen des als specifisch anerkannten Microorganismus zurück.

Die geringen Grössendifferenzen erklären sich durch die verschiedenen Phasen des Bacillus; der Kettenbacillus des Gewebes (Unna) ist im Allgemeinen etwas feiner und oft länger ($1^1/_4$—2 μ) als der Doppelpunktbacillus des Eiters (Ducrey 1,48 μ). Die gleiche Ursache bedingt die Formverschiedenheit. (Streptobacillus eckig, Eiterbacillus abgerundet). Das Kettenwachsthum kommt nur dem Streptobacillus des Gewebes zu, an der Oberfläche der Geschwüre, besonders in hier lagernden Krusten findet man alle Uebergänge von den Ketten zu den Haufen des reinen Eiterpräparates. Eine echte Phagocytose besteht in beiden Formen nicht. In Bezug auf die Tingibilität zeigen beiden Bacillen in gleicher Weise die Jodfestigkeit und die Vorliebe für Methylviolett.

Die Cultur des Bacillus gelingt weder mit dem Eiter noch mit Gewebsstückchen; ebensowenig die Thierimpfung.

U. fand den Streptobacillus des Gewebes in 27 Fällen sicheren unbehandelten weichen Schankers, negative Befunde waren in klinisch sicheren Fällen bisher nicht zu verzeichnen.

Zeissl (19) untersuchte 18 Fälle von Schanker. 11 Impfschanker erster und zweiter Generation und 2 Fälle von verdächtigen Erosionen am Penis.

In 16 Fällen wurden von den Geschwüren Culturen angelegt, die gewonnene Aussaat dem Isolirverfahren unterzogen und die erzielten Reinculturen auf ihre Pathogenität geprüft. Verwendet wurden als Nährböden: Gelatine, Agar-Agar, Glycerinagar, Rinderserumagar, Menschenserumagar, Harnagar, Menschenserumharnagar, Rinderserumharnagar und Nucleinagar, einigemal auch Pfeifer'sches Agar. Eine Reincultur des als Schankerbacillus anzusprechenden Ducrey'schen Bacillus gelang auf keinem der angewandten Nährböden. Reinzüchten liessen sich aus dem Secrete der primären Ulcera: Sarcinearten, weisse Hefe, Streptococcus pyogenes, Staphylococcus albus, aureus, diphtherie-ähnliche Bacillen (nicht pathogen).

Abimpfungen von Impfschankern erster und zweiter Generation blieben theils erfolglos, theils gelang es den Staphylococcus albus zu züchten, welch' letzterer sich jedoch für Thiere (Affe, weisse Maus, Katze) ebensowenig pathogen erwies, als der ab und zu gefundene diphtherie-ähnliche Bacillus.

Den Ducrey-Krefting'schen Bacillus konnte Verf. im Secrete der Ulcera häufig, im Gewebe excidirter Schanker stets in typischer Anordnung nachweisen. In einem Falle von Ulcera der Harnröhre waren im Urethralsecrete, sowie in durch Antoinoculation am Scrotum und an der Glans entstandenen Geschwüren ausschliesslich die Ducrey'schen Bacillen nachzuweisen. Ulcera am Genitale nicht venerischer Provenienz zeigten nie den auch vom Verf. für specifisch erachteten Microorganismus, dessen Identität mit dem Streptobacillus Unna gleichfalls affirmirt wird.

II. Syphilis.

1) Zur Bekämpfung der Lues. Grundriss eines Planes zum Kampfe gegen die Weiterverbreitung der Syphilis, entworfen im Auftrage der „Gesellschaft livländischer Aerzte" in Grundlage des vom Medicinaldepartement des Reichs festgestellten Programmes für den Allerhöchst bestätigten im November 1896 in Petersburg abzuhaltenden Congress zur Bekämpfung der Syphilis in Russland. St. Petersburg. med. Wochenschr. No. 7 und 8. — 2) Ahlmann, Max, Das Fieber im Eruptionsstadium der Syphilis. Inaug.-Diss. Greifswald. 1895. — 3) Anderson, Mc Call, Clinical lecture on illustrations of the less common forms of syphilitic disease. The British med. journ. 12. Septbr. (Klinisch explorirte interessante Fälle von specifischen Läsionen des Centralnervensystems, heredosyphilitischen Gelenksprocessen und Drüsenerkrankungen, welche auf antiluetische Behandlung zur Rückbildung kamen.) — 4) Aschner, Arthur, Ueber einen Fall von Reinfectio syphilitica. Wien. med. Wochenschr. No. 32. (24jähr. Mann zeigt 5 Jahre nach der ersten Infection Sclerose, Scleradenitis, maculöses Exanthem. Erste Erkrankung anamnestisch erhärtet.) — 5) d'Aulnay, Rich., Infection syphilitique s'accompagnant de pleurésie, de phlébite et d'ictère. Ann. de derm. p. 938. — 6) Barthélemy, Note sur la prolongation excessive de la période secondaire et par conséquent de la contagiosité de la syphilis, dans ses formes bénignes. Ann. de derm. 3. VII. p. 563. Soc. franc. d. syph. et de derm. 10. Avril. — 7) Beurmann et Claude, De l'érythème noueux d'origine syphilitique. Ann. de derm. 3. Se. T. VII. — 8) Bergh, R., Vestre hospital. 1895. Lerebte am Kommunehospit., Oresundhosp., Blegdamohosp. og. Vestre hospital. Kjöbenhaben 1895. p. 222—258. — 9) Canuet, Syphilis maligne. Ann. de Derm. 3. VII. p. 878. Soc. franc. de derm. et de syph. Séance d. 11. VI. — 10) Cannet et Barasch, Syphilis maligue précoce. Ann. d. derm. 3. VII. Soc. franc. d. derm. et d. Syph. Séance d. 11. VI. — 11) Cannet, Syphilis acquise infantile. Ann. d. derm. 3. VII. Soc. franc. de derm. et de syph. 13. Mai. — 12) Caspary, Zur Genese der tertiären Syphilis. Verhandl. der deutsch. dermat. Gesellsch. 5. Congress. S. 153. — 13) Du Castel, Eruption ano-vulvaire peut-être de nature syphilitique chez un enfant porteur de malformations multiples. Ann. de derm. 3. VII. p. 1295. Soc. franc. de derm. et de syph. 12. Nov. — 14) Cotterell, P., Sur la réinfection syphilitique. 3. Congrès de derm. et de syph. Londres. Ann. de derm. p. 1115. — 15) Daniels, W. Charles, The non-identity of Yaws and syphilis. The brit. journ. of derm. November. p. 426. — 16) Daulos, Syphilis mutilante d'origine infantile. Ann. de derm. 3. VII. p. 368. Soc. franc. de derm. et de syph. 12. Mars. — 17) Dreysel, Max, Ueber

das Leucoderma syphiliticum. Berl. med. Wochenschr. No. 42. — 18) Drozda, Marasmus eximius e lue hereditaria. Lues hepatis. Tod. Wien. med. Presse. No. 45. — 19) Etienne, G., Association de la syphilis et de la tuberculose. Ann. de derm. 3. VII. p. 712. — 20) Evans, Willmott, The causes of the localization of Gummata. Amer. journ. of med. soc. July. (Mangelhaft vascularisirte, schlecht mit Blut versorgte Regionen [in Folge von Trauma, Abnützung etc.] sollen einen für die Entwicklung der Gummen günstigen Boden abgeben.) — 21) Eysel, Willy, Extragenitale Syphilisinfection bei Glasbläsern, beobachtet an 12 Fällen. Inaug.-Dissert. Göttingen. — 22) Feulard, Henri, Durée de la période contagieuse de la Syphilis. Annales de Dermat. et de Syph. Tome VII. No. 8—9. — 23) Fournier, A., Les chancres extra-génitaux. Paris. — 24) Derselbe, Roséoles syphilitiques à récidives multiples. Ann. de Dermat. 3. T. VII. — 25) Derselbe, Pseudo-lupus syphilitique. Ibidem. 3. VII. Soc. franc. de Derm. et de Syph. Séance d. 11. VI. — 26) Fournier, A. et P. Gaston, Syphilis tertiaire. Pseudo-rhumatisme infection. Cachexie syphilitique. Mort. Autopsie: endocardite végétante mitrale, cirrhose hépatique embryonnaire, pseudo-syphilomes du rein droite et de la rate: infiltration sanguine et leucocytique diffuses rénale et splénique. Septicémie syphilitique. Ibidem. 3. VII. p. 591. Soc. franc. de Derm. et de Syph. 10. Avril. — 27) Gebert, Ernst, Ueber eine Familienepidemie von extragenitaler Syphilis. Berl. klin. Wochenschrift. No. 41. — 28) Haslund, Kommune hospitalets hjerde Afdeling. 1895. l. c. p. 72—90. — 29) Derselbe, Maligne Syphilis. Hosp. Tid. 4. R. IV. 32. p. 745—760. 33. p. 769—737. 34. p. 811—820. — 30) Haslund et Tarnowsky, De la syphilis maligne. 3. Congrès de Derm. et de Syph. Londres. Ann. de Derm. p. 1122. — 31) Heller, Julius, Beiträge zur Lehre von der Dactylitis syphilitica. Dermatolog. Zeitschrift. Bd. III. Heft 5/6. (Mittheilung zweier klinisch verfolgter Fälle, von denen der eine, ein $2^1/_2$jähriges Kind betreffende, auf hereditäre Lues bezogen wird.) — 32) Hutchinson, J., Sur la durée de la période contagieuse de la Syphilis. 3. Congrès d. Dermatol. et d. Syphilis. Londres. Ann. de Dermatol. p. 1119. — 33) Hyde and Montgomery, A manual of Syphilis and the veneral diseases. London. — 34) Jadassohn, Zur allgemeinen Pathologie und Statistik der tertiären Syphilis. Verhandl. d. deutsch. dermatol. Ges. 5. Congress. S. 189. — 35) Joseph, M., Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 2. Theil: Geschlechtskrankheiten. 2. Aufl. Leipzig. — 36) Justus, Ueber die durch Syphilis bedingten Blutveränderungen in Hinsicht nach ihrer diagnostischen und therapeutischen Bedeutung. Verhandlungen d. deutsch. dermatol. Ges. 5. Congress. S. 251. Referirt im Jahresbericht 1895 S. 572 (No. 39) aus Virchow's Archiv No. 140. 1. — 37) Lang, Ed., Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis. 2. Aufl. 2. Abth. Wiesbaden. — 38) Lassar, O., Ueber die Dauer der Contagiosität der Syphilis. Dermat. Zeitschr. Bd. III. Heft 5/6. — 39) Lesser, E., Unter welchen Bedingungen dürfen Syphylitische heirathen? Therapeut. Monatsh. August. (Als absolutes Minimum sollen 3 Jahre seit der Infection verstrichen sein, ehe ein Syphylitischer heirathet.) — 40) Lockwood, Charles Barret, The cases of Syphilis treated in Charity Ward from 1893 to 1895. St. Bartol. Hosp. Rep. Vol. 31. — 41) Maclaren, P. H., Syphilis from an insurance point of view. Edin. med. Journal. XLI. 9. — 42) Marmonier, Syphilide tuberculo-ulcereux géant à marche serpigineuse. Journ. des malad. cut. et syphil. No. V. Mai. p. 261. — 43) Musée, le, de l'Hôpital Saint-Louis. 6.—13. Lfg. 20.—23. Lfg. Paris. Leipzig. Barth. — 44) Neumann, Die syphilitischen Erkrankungen der Muskeln und ihrer Anhänge. Allg. Wiener med. Zeitung. No. 24—27. — 45) Derselbe, Syphilis. 2 Thle. M. 60 Abb. Wien. — 46) Neisser, A., Ueber die aetiologischen Beziehungen der tertiären Lues zur Therapie in der Frühperiode. Verhandl. der deutsch. dermatol. Ges. 5. Congress. S. 164. — 47) Niessen, van, Weiteres über das Syphiliscontagium. Wiener med. Wochenschr. No. 36—40. (Es ist nicht nothwendig, diese Arbeit einer Kritik zu unterziehen.) — 48) Derselbe, Der Syphilisbacillus. Mit 4 Tafeln u. 1 Heliogr. gr. 8. Wiesbaden. (Nicht lesenswerth.) — 49) Pericić, Erfahrungen über die Syphilis nach Beobachtungen bei der Landbevölkerung in Dalmatien. Verhandl. der deutsch. dermatol. Gesellsch. 5. Congress. S. 238. — 50) Derselbe, Dasselbe. Wiener med. Wochenschr. No. 9. — 51) Petersen, A., Par Tilfaelde af circinate syphilitische Erythemer. Hosp. Tid. A. c. IV. 15. p. 864—865. — 52) Pröve, A., Mittheilungen aus der syphilitischen Abtheilung der medicinischen Klinik zu Göttingen. Inaug.-Diss. Göttingen. — 53) Proksch, J. K., Dritter Protest gegen Professor Isidor Neumann's Geschichtsschreiberei über Syphilis. Bonn. — 54) Rey (d'Alger), Note sur deux cas de vitiligo chez des indigènes algériens syphilitiques. Ann. de Dermatol. 3. VII. p. 753. (Soc. franc. d. Derm. et d. Syph. 13. Mai.) — 55) Rille, J. H., Ueber den syphilitischen Primäraffect in der Vagina. Verhandl. d. 68. Versamml. deutsch. Naturf. u. Aerzte in Frankfurt a. M. (In Neumann's Klinik konnten während der letzten 2 Jahre 9 Fälle constatirt werden.) — 56) Betham, Robinson, Syphilitic joint diseases in children. The British med. Journ. 16. May. — 57) Rona, S., Ein Fall von Syphilis mit consecutiver multipler Knochenfractur. Arch. f. Dermatol. XXXV. Bd. (Gummös-ulceröses Syphilid der Haut bei 35jährig. Manne. Osteomyelitis, Periostitis gummosa, Fractur des rechten Humerus u. Acromion u. der Vorderarmknochen beiderseits. Bursitis gummosa. Arthritis gummosa. Spontanamputation des linken Unterschenkels.) — 58) Rudolf, Ueber den Heilwerth des Erysipels bei Syphilis. Centralbl. f. innere Med. No. 5. — 59) Schwab, A., De la syphilis du placenta. Paris. Avril. — 60) Schillitoe, Arthur, Eighteen cases of indurated pseudochancers. The Lancet. 30. May. — 61) Shaw-Mackenzie, John A., Syphilis in maried women. Ibidem. 5. Decemb. (Eine Reihe von Wahrnehmungen, welche gegen die Annahme einer conceptionellen Syphilis der Frau ins Treffen geführt werden.) — 62) Staub, Alfred, Syphilis der Wirbelsäule. Wien. med. Presse. No. 47. — 63) Steeg (de Dieppe), Accident syphilitique tertiaire simulant un cancer; action rapide du traitement mixte. Ann. de Dermat. 3. VII. p. 40. (Soc. franc. de Dermat. et de Syph. 9. Janv.) — 64) Ströhmberg, C., Ergänzende Bemerkungen zum Kampfe gegen die Lues. Vortrag auf dem VIII. biol. Aerztetag zu Wenden. St. Petersb. med. Wochenschr. No. 39. — 65) Tarnowsky, B., Syphilis maligna. Monatsh. f. pract. Dermatol. Bd. XXIII. Heft 7 u. 8. — 66) Taylor, R. W., The pathology and treatment of venereal diseases. 230 ill. and 7 col. pls. London. — 67) Ullmann, K., Ueber einen seltenen Fall von multiplen syphilitischen Gummata der Haut und der Nasenschleimhaut. Verhandl. d. deutsch. dermat. Gesellsch. 5. Congr. S. 285. — 68) Virchow, Rudolf, Beitrag zur Geschichte der Lues. Dermatol. Zeitschr. Bd. III. Heft 1. — 69) Vislien, L., Circinate, syfilitiske Erythemer. Hosp. Tid. 4 R. IV. 11—12. p. 254—268, 281—297. — 70) Ward, H. Arthur, Latency in Syphilis. The Lancet. 22. Febr. — 71) Derselbe, The toxine theory of Syphilis. Ibidem. 13. and 16. May. (Eine Deutung der Syphilismanifestationen als Toxinwirkung der Syphilis-Microorganismen?) — 72) Derselbe, The primary lesion of Syphilis. The british med. Journ. 24. Oct. p. 1203. — 73) Parkes, Weber, Syphilis and the etiology of atheroma. Americ. Journ. of med. Sc. May. — 74)

Wróblewski, L., Ueber späte Formen der Nasensyphilis. Gazeta lekarska. No. 19—22. — 75) Zeissl, M. v., Syphiliscontagium. Separat-Abdruck aus der Real-Encyclop. der gesammten Heilk. VI. Bd. 2. Aufl.

Ahlmann (2) fand in 600 Krankengeschichten der Klinik Mosler, im Ganzen 7 Fälle verzeichnet, welche im Eruptionsstadium der Lues mit Fieber einhergingen. Der Typus des Fiebers wird als remittirend angegeben, und schien mit der Intensität der Erscheinungen zu correspondiren.

d'Aulnay (5) beschreibt ausführlich den interessanten Fall eines 25 jährigen Mannes, welcher zur Zeit der Eruption eines maculösen Exanthems eine exsudative Pleuritis (Punction ergab 600 g Serum, das sich frei von Tuberkelbacillen erwies), im Anschlusse Icterus, Entzündung der Venen des linken Beines und späterhin einen polyarticulären Gelenkrheumatismus acquirirte. A. ist der Auffassung, dass diese Complicationen durchwegs als specifische aufzufassen seien, dieselben gingen nicht mit Fieber einher und wichen auf mercurielle Behandlung spurlos der Norm. Zur Erklärung der Phlebitis bedient sich Verf. der Hypothese, dass es sich hierbei um ein luetisches Entanthem der Venenwände handeln dürfte.

Barthélemy (6) fand unter 531 Patientinnen von Saint-Lazare 20, welche noch vier und mehr Jahre nach der Infection specifische contagiöse Erscheinungsformen der Syphilis aufwiesen. Obwohl der Krankheitsverlauf in allen Fällen einen milden Character aufwies, so war doch meist continuirlich Recidiv auf Recidiv gefolgt. Als Hauptursache liess sich eine mangelhafte, häufig ganz unzulängliche specifische Behandlung aus den Antecedentien feststellen.

Beurmann und Claude (7) beobachteten im Verlaufe eines Jahres an dem Hôpital Broca 6 Fälle von Erythema nodosum bei recenter und älterer Syphilis, die Erkrankung manifestirte sich meist bei älteren luetischen Individuen, und waren vielfach Uebergänge der meist schmerzlosen Nodositäten in gummöse Infiltrate zu gewahren. Verf. sind geneigt, in der syphilitischen Infection die Ursache dieser Erythemformen zu erblicken, welche bei intensiverer Entwickelung des pathologisch-anatomischen Processes eine Uebergangsform zu Hautgummen darbieten.

[Bergh's (8) Jahresbericht des Vestre-Hospital in Kopenhagen pro 1895 weist nachstehende bemerkenswerthere Daten auf. Zur Behandlung kamen 1552 Individuen. Die Statistik ergiebt, dass in Bordellen untergebrachte Prostituirte häufiger venerische Erkrankungen aufweisen, als privat domicilirende. Von blennorrhoischen Erkrankungsformen kamen in der Mehrzahl Urethritiden zur Behandlung, einzelne durch Gelenkrheumatismus complicirt. Paraurethritis kam bei 60 Individuen vor, bei 17 Periurethritis. Lues wiesen 183 Kranke auf, 91 zeigten initiale Erscheinungen, 92 Recidive. Von selteneren Erkrankungsformen werden ulcerative Paronychie, Neuritis optica, Iritis gummosa, Chorioiditis u. A. angeführt. Der Allgemeinbehandlung wurden 171 Personen zugeführt, welche theils Inunctions-, theils Injectionscuren (Sublimat) durchmachten. **R. Bergh.**]

Caspary's (12) vornehmlich gegen die chronisch-intermittirende Behandlung von Fournier-Neisser gerichtete Thesen lassen sich nur schwer zum gewählten Thema in Beziehung bringen. Die schädliche Einwirkung des Mercurs auf den Organismus sollen einige Thierexperimente illustriren, deren Beweiskraft Verf. selbst nicht zu hoch anschlägt. Mercurialisirte 6 Kaninchen (30 Tage mit je einem halben Milligramm Sublimat subcutan versehen), welche nachträglich mit einer Aufschwemmung von Tuberkelbacillen inficirt wurden, zeigten bei der 3 Monate post infectionem ausgeführten Section ausgebreitete Tuberculose. Aehnlich behandelte, jedoch früher nicht mercurialisirte Thiere wiesen bei der Autopsie ebenfalls Tuberculose auf, jedoch in minderer Ausbreitung.

Obwohl C. die antidotische Kraft des Mercur anzweifelt, so declarirt er sich doch als überzeugter Mercurialist, ja fast als Fürsprecher der Fournier'schen Behandlungsweise. So erscheint es dem Verf. sicher, dass durch Quecksilbercuren eine Verschiebung, ein Hinausschieben der sonst früher zu erwartenden Schübe stattfinde, weshalb auch die Einleitung einer antiluetischen Hg-Cur bei symptomenfreien Ehecandidaten statthaft erscheint. Ebenso vertritt C. die Anschauung, dass der Mercur der Vererbung entgegenwirkt. Auch scheut sich C. nicht bei schweren secundären Symptomen, bei tertiären, durch viele Monate nach dem Schema Fournier's zu behandeln 6, 9, 12 Monate lang; nicht in dem Glauben, dass das Gift zerstört werden möchte, sondern, um den Organismus längere Zeit freizuhalten von Recidiven und so ihm mehr Zeit zu verschaffen zur Erstarkung, zur Elimination des Infectionsstoffes? Gleich daneben wird aber der angeblich deletäre Einfluss des in der Latenz verabreichten Mercur auf den Organismus in düsteren Farben ausgemalt, als ein Vorgehen, das für Tuberculose Disposition verschafft.

Dreysel (17) fand Gelegenheit an der Abtheilung Jadassohn 3 Fälle von Leucoderm histologisch zu untersuchen. In allen Fällen erwies sich die Epidermis wie auch Cutis pigmenthaltig, welcher Befund der Behauptung einer absoluten Depigmentirung der Leucodermflecke entgegensteht. Zur Beurtheilung des pathognostischen Werthes der Erscheinung, unterzog D. 2015 weibliche Personen (von 15 Jahren aufwärts) der internen und chirurg. Abtheilungen des Allerheiligen-Hospitals in Breslau, der diesbezüglichen Visitation. Unter diesen waren nur 3 Fälle von Leucoderma zu finden, also bei Nichtsyphilitischen 0,15 pCt.; während die von Jadassohn und Raff vorgenommene Gesammtuntersuchung aller Prostituirten Breslaus bei scheinbar nicht syphilitischen (anamnestisch und nach Acten eruirt) 291 Personen, 11 mal, d. i. in 4 pCt. der Fälle, typisches Leucoderma eruiren liess.

Drozda (18) publicirt den Fall eines 15 jährigen im Knochenwachsthum stark zurückgebliebenen Mädchens, welches als Symptome der Lues hereditaria, Fehlen des knöchernen Nasengerüstes, vielfache Knochenauftreibungen, nierenförmige Ulcerationen, sowie einen beträchtlichen Lebertumor aufwies. Die Punctio abdo-

minis ergab 2 l seröse Flüssigkeit. Exitus letalis unvermittelt in comatösem Zustande. Obductionsbefund: Leber colossal vergrössert (2800 g), völlig verunstaltet durch narbige Einziehungen, käsige Knoten enthaltend.

Eysel (21) berichtet über die interessante Syphilisendemie, welche in der Glasbläserei zu Amelith von einem mit constitutioneller Syphilitis behafteten Bläser ihren Ausgang nahm. Inficirt wurden 12 Arbeiter, meist durch die Benutzung desselben Blasrohres, mit welchem der erstgenannte Bläser zu arbeiten pflegte. Der Primäraffect sass in 5 Fällen an den Lippen, 1 mal am Mundwinkel, 2 mal am Arcus palatoglossus, 3 mal an den Tonsillen, in einem Falle am Zungengrund.

Feulard (22) sammelt aus der französischen Literatur 22 Fälle, welche für die Uebertragbarkeit der Syphilis noch viele Jahre nach der Infection sprechen. Die Wahrnehmungen entsprechen dem reichen Materiale von Fournier, Mauriac, Landouzy, Barthélemy, Feulard u. A. In 16 Fällen war die Uebertragung zwischen dem 4. und 10. Jahre nach der Erkrankung erfolgt und in allen Fällen mit Ausnahme einer Beobachtung von Fournier waren es Ehemänner, welche ihre Frauen inficirten. 2 mal handelte es sich um conceptionelle Syphilis, 2 mal vermittelten Zungenerosionen, 17 und 13 Jahre nach der Erkrankung der Männer, Lippensclerosen bei den Frauen. In 4 Fällen war die Eingangspforte der Infection nicht zu eruiren; die Uebertragung erfolgte in zweien dieser Beobachtungen von ulcerösen Syphiliden des Penis aus. In den restlichen 12 Fällen kam es zur Entwickelung von Genitalsclerosen (wie in allen anderen von Secundärerscheinungen gefolgt). Als Infectionsquellen liessen sich 5 mal Erosionen des Gliedes und der Vorhaut, 2 mal ulceröse Syphilide des Penis (von tertiärem Character), 6 mal Erosionen des Mundes auffinden, in 6 Fällen konnte die Läsion, welche zur Ansteckung führte, nicht festgestellt werden. Die luetische Infection der Frauen erfolgte einen Monat bis 7 Jahre nach der Verheirathung, in den meisten Fällen kurze Zeit nach der Verehelichung. Die Männer hatten alle prolongirte gründliche Curen in der Frühperiode der Erkrankung durchgemacht, darunter ein Arzt, der sich 8 Jahre hindurch mercuralisirte. Die Syphilis hatte bei den Männern einen meist ganz milden Verlauf genommen, nur in wenigen Fällen waren häufige Recidiven zu verzeichnen.

An Lockwood's (40) Station standen 1893—95 124 luetische Patienten in Behandlung. 116 wiesen die acquirirte, 8 die hereditäre Form der Affection auf. Von interessanteren Details seien der extragenitale Sitz der Initialmanifestation (6 Fälle), Intumescenz der Thyroidea (meist Frauen), Iritis (9 Fälle), sowie ein Fall erwähnt, der sich als Ausnahme des Colles'schen Gesetzes präsentirt. Eine 36jähr. Frau acquirirt von ihrem hereditär luetischen Kinde Syphilis. Das Kind stirbt 7 Wochen alt. Die Frau zeigt eine Sclerose der rechten Brustwarze und papulöses Exanthem nach der entsprechend langen zweiten Incubation.

Neisser (46) betrachtet als den wesentlichsten ätiologischen Factor für das Auftreten tertiärer Erscheinungen den Mangel einer guten Hg-Behandlung in der Frühperiode. Gut sei eine Mercurialbehandlung, welche besonders in der ersten Cur sehr energisch gehandhabt wird und lange Zeit, etwa bis ins vierte Jahr hinein, in abwechselnd energischen und milderen Proceduren, durch genügende Pausen getrennt, immer wieder zur Anwendung gelangt. Vernünftig geleitete, dem Zustande des Individuums angepasste Hg-Curen sind absolut unschädlich. Nachtheilige Einwirkungen irgend welcher Art auf das körperliche oder geistige Befinden nach chronisch-intermittirender Behandlung (Fournier) sind dem Verf. absolut unbekannt. Falsch ist es, die Häufigkeit oder Art der Früherscheinungen zum einzigen Maassstab für die Art und Zahl der Quecksilbercuren zu machen, als chronische Krankheit sei vielmehr die Lues durch chronische Behandlung zu eliminiren.

Ein Beweis für den ursächlichen Zusammenhang zwischen ungenügender Hg-Zufuhr in der Frühperiode und dem Auftreten tertiärer Processe ist das colossal häufige Eintreten von tertiärer Syphilis bei sich selbst überlassenen Fällen, ein Verlauf, der aus den früher beschriebenen Syphilisendemien (Radesyge, Skerliewo), wie aus den jüngsten Schilderungen russischer Aerzte hervorgeht. Ferner gehören hierher alle Fälle von S. hereditaria tarda. Als ein das Syphilisvirus selbst angreifendes Heilmittel ist zur Zeit nur das Hg zu betrachten, ein Beweis dafür ist die unbestritten anerkannte Einwirkung des Hg auf die Vererbungsfähigkeit.

Die Statistik Neisser's ergiebt, dass unter den klinisch-poliklinischen „Tertiären" ca. 70 pCt. unbehandelte Männer, 78 pCt. unbehandelte Frauen, dass in seinem Privatmaterial 85,4 pCt. unbehandelte Männer und 50 pCt. unbehandelte Frauen sich finden.

Neumann (44) theilt die luetischen Muskelerkrankungen ein in solche der Frühlues (diffuse im Sinne einer irritativen Myositis zu deutende Veränderungen), welche meist den M. biceps brachii und Sphincter ani ext. attakiren, und solche des gummösen Stadiums, dem letzteren seien ausser den circumscripten Muskelgummen noch die ossificirende Myositis und die luetische Atrophie der Muskeln eigen.

Fournier (24) lenkt die Aufmerksamkeit auf jene nicht zu seltenen Fälle, in welchen die Roseola zu wiederholten Malen als einziges Luesrecidiv in Erscheinung tritt. In 32 Fällen des Autors war das Exanthem zwei bis achtmal zur Eruption gelangt, 33 mal im ersten, 41 mal im 2., 17 mal im 3, 9 mal im 4, 5 mal im 5., 3 mal im 6., 1 mal im 10. und 11. Jahre nach der Infection. In den meisten Fällen handelte es sich um gründlich mercurialisirte Patienten. Diese Recidiv-Eruption ist als eine benigne Manifestation hinzustellen und weist vielfach Uebergänge auf zu der von F. als „Erythème tertiaire" beschriebenen Erscheinungsform.

Gebert (27) referirt aus der Poliklinik Blaschko in Berlin über folgende interessante Epidemie. Eine 33 jährige Frau, Mutter 6 gesunder Kinder, acquirirt von ihrem jüngsten Kinde, das sie säugt, einen luetischen Initialaffect an der Brust mit allen consecutiven Allgemeinerscheinungen. Die eingeleiteten Recherchen ergaben, dass das Kind in einer nahe verwandten Fa-

milie, woselbst sich dasselbe tagsüber zur Wartung befand, inficirt wurde. In dieser Familie wurde die Seuche durch eine 19jährige Tochter des Hauses verbreitet, welche von ihrem Bräutigam auf dem Wege der Cohabitation Lues acquirirte. Im Verlaufe von wenigen Monaten zeigten die Geschwister dieses Mädchens der Reihe nach recent luetische Erscheinungen, welche alle von einer Infection der Mundhöhle (Lippentonsillen) ihren Ausgang nahmen.

Inficirt wurden und zeigten zur Zeit der Exploration, condylomatöse Läsionen eine 15 Jahre alte Schwester, sowie ein 3-, ein 10- und ein 13jähriger Bruder des Mädchens. Desgleichen acquirirte noch ein 2 Jahre altes, der Familie gleichfalls übergebenes Kind einer dritten Frau per os Syphilis. Die Leute wollen nichts Krankhaftes an sich bemerkt haben und consultirten vorher auch keinen Arzt.

[Haslund (28) liefert seinen alljährlichen Jahresbericht der 4. Abtheilung des Communenspitals in Kopenhagen. In derselben wurden in 1895 in Allem 2175 Individuen behandelt, von welchen 1972 als geheilt entlassen wurden; 34 starben, 9 (Kinder) hatten congenitale Syphilis. — Von den mit venerischen Krankheiten behandelten (794) Männern hatten 384 Urethritis, 143 davon zugleich Epididymitis, mit Funiculitis, periurethrales Leiden kam bei 13, acute Prostatitis bei 26, Cystitis colli bei 10 vor; rheumatoide Affectionen, die specificirt werden, fanden sich bei 32 Individuen, Bubonen bei 6. Wegen Syphilis wurden 363 Individuen behandelt, 191 mit erstem, 51 mit zweitem, 109 mit späteren Ausbrüchen. 3 derselben waren nie behandelt, 27 hatten tertiäre Symptome.

Derselbe (29) liefert eine Beschreibung der Entwickelung des Leidens von den Papeln ab, bespricht die Incubation und die febrilischen Symptome; die Schleimhäute werden seltener afficirt, nur in 11 der 39 vom Verf. im Laufe von 14 Jahren gesammelten Fällen; Iritis wurde nur bei 2 Individuen gesehen, viscerale Affectionen wurden nie gefunden. Recidiv des Leidens, wieder in maligner Form, wurde bei 3 männlichen und bei 3 weiblichen Individuen gesehen. Die Behandlungsdauer betrug bei den weiblichen Individuen 42—220, bei den Männern 29—134 Tage. — In Betreff der Aetiologie der malignen Syphilis ist kaum etwas Sicheres bekannt; wahrscheinlich unterliegt eine besondere individuelle Prädisposition, vielleicht damit in Zusammenhang stehend, dass Lues in dem Geschlechte eines solchen Individuums nie früher vorgekommen ist; Alcoholismus und Elend spielen aber nebenbei sicherlich eine Rolle. — In Bezug auf Häufigkeit des Vorkommens der malignen Syphilis giebt der Verf. an, in den letzten 14 Jahren unter 8691 Fällen von Syphilis dieselbe nur bei 39 (23 + 16) Individuen gesehen zu haben, d. h. in 0,47 pCt. der Fälle. In Bezug auf die Behandlung legt der Verf. ein Hauptgewicht auf die möglichst guten hygienischen und diätetischen Verhältnisse neben der den Umständen nach verschiedenen antiluetischen Behandlung sowie einer variirten Localbehandlung. **R. Bergh.**]

Jadassohn (34) neigt in der Auffassung der Pathologie des Tertiarismus zur Ansicht hin, dass die Spätformen der Lues durch ein quantitativ geringes virulentes Material bedingt seien. Diese Hypothese vermittelt das Verständniss der Nichtcontagiosität tertiärer Producte. Zugleich aber macht diese Hypothese nach den Darlegungen J.'s begreiflich: sowohl das gleichzeitige Vorkommen von secundären und tertiären Symptomen, als auch die Uebergangsformen zwischen beiden und die hereditäre Uebertragung der virulenten Lues bei tertiären Symptomen.

Wenn die Bacillen an sich vollvirulent sind, so können sie, falls die „tertiäre Umstimmung“ noch nicht ganz vollzogen ist, an der einen Stelle secundäre, an der anderen tertiäre Symptome bedingen. Bei der Annahme, dass die Luesmicroorganismen für die Generationsorgane eine besondere Prädilection haben, könne man sich vorstellen, dass sie dort jahrelang in irgend einem Dauerzustand, aber mit voller Virulenz lagern und hereditär übertragbar werden, während sie an einer anderen Stelle des Körpers ein tertiares Product setzen. Schwer vorstellbar sei es, dass dieselben Bacillen im ganzen übrigen Organismus einer Umwandlung unterliegen, in den Generationsorganen aber in voller Virulenz bleiben sollten. (Hypothese der Virulenz-Metamorphose).

Aus den angeführten Erörterungen resultire noch ein Verständniss für den chron. Verlauf des einzelnen tertiären Productes, für das Ueberwiegen der Geschwulstbildung über die reine Entzündung im Gegensatz zur Secundärperiode und in Analogie mit dem vergleichsweise herangezogenen Lupus. Die in einzelnen Fällen doch constatirte Reinfection bei Tertiär-Syphilitischen, das Auftreten von tertiären Erscheinungen bei Frauen, welche nach dem Colles-Baumès'schen Gesetze eine Immunität zeigten, sowie das häufig constatirte ungleiche Reagiren der Früh- und Spätproducte der Lues gegen Jod und Mercur, werden als solche Facta hingestellt, welche nicht ohne weiteres aus der quantitativen Abnahme des virulenten Virus in der Spätperiode eine Deutung gestatten.

Die von J. und Raff aufgestellte Statistik der Spätlues ist aus dem Prostituirtenmateriale Breslaus abgeleitet und bezieht sish auf 1253 Prostituirte. Davon sind als syphilitisch erkannt 850. Syphilis ist nicht bekannt bei 403.

Unter den 850 Luetischen sind 3 Gruppen zu machen:

1. Solche, von denen nur früher Syphilis bekannt wurde = 772, darunter 11, bei denen nur ein typisches Leucoderm gefunden wurde.

2. Mit Früh- und Späterscheinungen Eruirten = 39.

3. Solche, von denen nur tardive Symptome bekannt geworden sind = 39.

Als Resultat ergiebt sich, dass unter 850 syphilitischen Protistuirten aller Jahrgänge 78 = 91 pCt. tertiär erkrankt sind. Dagegen haben unter 811 Prost. deren Früherscheinungen gefunden und demgemäss auch, wenn gleich oft sehr unzureichend behandelt worden sind, 39 = 4,8 pCt. Spätsyphilis bekommen.

Die Beleuchtung dieses statischen Materials auch von anderen Gesichtspunkten aus liefert dem Verf. die Annahme, dass die mit Hg Behandelten in geringerer Zahl Spätformen acquiriren, als die nicht Behandelten.

Pericić (50) resumirt seine in Dalmatien in Bezug auf Syphilis gesammelten Wahrnehmungen dahin, dass von einer Durchseuchung der Bevölkerung, von einer Pandemie nicht die Rede sein könne. Verf. verfügte in den letzten 5 Jahren über 5000 Spitalspatienten, durchforschte verdächtige Landgebiete und konnte unter diesem Materiale nur 200 Syphilitiker auffinden, welche einer Bevölkerungszahl von 100000 gegenüberstehen. Von den Kranken wiesen 70 Tertiärerscheinungen auf, eine Form, auf deren Häufigkeit in Dalmatien schon v. Zeissl hingewiesen hat und die bekanntlich früher unter der Bezeichnung „Skerlievo" als affectio sui generis gedeutet wurde.

Pröve (52) sichtet in statistischer Uebersicht die Luesfälle, welche vom 1. Januar 1888 bis 1. April 1895 an der Klinik Ebstein in Observation standen. In Behandlung kamen 362 Fälle, 245 Männer, 111 Weiber und 6 Kinder, mehrmals aufgenommen wurden 7 Männer, 3 Frauen und 1 Kind (unter 15 Jahren). Von den Berufsarten tritt der Handwerkerstand in den Vordergrund. Aus der Casuistik sei ein Fall von Reinfection hervorgehoben:

Jurist, Sclerosen am Präputium, Scleradenitis univers. Plaques muqueuses. Inunctionscur (4,0 g pro die, im Ganzen 200 g.) Nach 5 Jahren laut Mittheilung des behandelnden Arztes: harter Schanker und Roseola (nach Ablauf der II. Incubation).

Von letal geendeten 3 Fällen sind 2 sicher auf Lues zu beziehen:

1. 39jähriger Mann, Sclerose, maculöses Exanthem, Plaques, universelle Drüsenschwellung. Albuminurie, verfettete Cylinder im Harn, nach 3tägigem Aufenthalt an der Klinik urämische Anfälle mit Dyspnoe und Cyanose. Nach 12 Tagen 200 ccm blutiges Sputum. Verbreiterung der Herzdämpfung, Rasselgeräusche, Reiben, nach 17 Tagen Exitus. Sectionsdiagnose: luetisches Exanthem, Hauthämorrhagien, Hydrothorax und Hydropericardium, Pneumonia interstitialis, Hyperplasis der Milz. Nephritis parenchymatosa et interstitialis hämorrhagica. Echinococcus der Leber und Geschwüre im Darm.

2. Ulceröser Zerfall des weichen Gaumens und der vorderen Fläche der hinteren Pharynxwand. Nach 3tägigem Aufenthalt Hämoptoe, Entleerung von $1^1/_2$ l schwammigen Blutes. Exitus. Die Section ergiebt nebst der bezeichneten Destruction ulcerösen Zerfall des linken Sinus pyriformis und Durchbruch der Art. pharyngea ascendens in grosser Ausdehnung.

Proksch's (53) Indignation über eine stattliche Reihe von Unrichtigkeiten, welche sich in Neumann's Lehrbuch der Syphilis (1896) eingeschlichen haben, verschafft sich Luft und Publicität in einem Proteste, der jedes Maass und Ziel vermissen lässt.

Fast unfasslich erscheint es, wie ein Historiograph von der Bedeutung P.'s sich so weit ereifern kann, von Seite zu Seite nach falsch citirten Autoren, fehlerhafter Chronologie, unrichtig geschriebenen Namen, ja selbst Druckfehlern förmlich Jagd zu machen, einzig und allein, um in collegialem Wohlwollen Neumann als „Historiker" blosszustellen.

Ein Unternehmen, welches weder das Ansehen des Verf.'s als Geschichtsschreiber der Syphilis heben, noch den Ruf Neumann's als bewährten Syphilidologen schmälern dürfte.

Robinson (56) classificirt die Gelenkaffectionen luetischer Natur der Kinder als: 1. Epiphysitis; 2. symmetrischer Hydrops der Gelenke (beide Formen bei Heredosyphilis); 3. Ostitis (a. mit einfachem Erguss ins Gelenk, b. mit gummöser Infiltration der Synovialmembran); 4. primäre gummöse Synovitis. Für alle diese Formen werden instructive Exempla eigener Wahrnehmung in reicher Auswahl zur Mittheilung gebracht. Die luetische Natur der Läsionen erscheint in allen Fällen, theils durch anamnestische Angaben, theils durch das Vorhandensein anderweitiger typischer Lueserscheinungen (meist gummöser Natur) erwiesen. Die antiluetische Therapie war in allen Fällen von günstiger Einwirkung.

Rudolf (58) verfügt über zwei Beobachtungen, welche den curativen Einfluss des Erysipels auf Syphilis bekunden sollen. Im ersten Falle verschwinden luetische Ulcera, im zweiten beträchtliche Drüsenschwellungen, syphilit. Gelenkrheumatismus und cerebrale Symptome (Parese und Zuckungen der linken Gesichtshälfte) auf zufällig aufgetretenes Erysipel. Doch war im letzteren Falle nach einem Jahre gummöses Recidiv zu verzeichnen, der erste Fall konnte nicht weiter verfolgt werden. Die Heilwirkung (?) wird dem Erysipeltoxin, nicht dem Fieber zuerkannt, wenn auch bei Pneumonie, Typhus und anderen fieberhaften Krankheiten ähnliche günstige Einwirkungen wie bei Erysipel beobachtet worden sind.

Schillitoe (60) versuchte, in 18 wohlbeobachteten Fällen von Syphilis bei Männern in gewissen Intervallen nach der Allgemeininfection das Auftreten von Pseudoindurationen an Stelle des Initialaffectes und anderen Genitalpartien zu verfolgen. Der seit der primären Infection verstrichene Zeitraum belief sich auf 4 bis 17 Monate, 2 bis 25 Jahre und waren die Pseudoschanker meist mit Sclerosirung der Leistendrüsen vergesellschaftet. In einzelnen Fällen kamen ähnliche Reïndurationen wiederholt (bis 5 mal) zur Entwickelung, häufig noch zur Zeit der ersten Allgemeinbehandlung, ohne auf den Fortgang der Affection irgend einen Einfluss zu üben. Die nach mehreren Jahren nach der primären Infection auftretenden Pseudoschanker waren nie von Allgemeinerscheinungen gefolgt. Verf. warnt mit Recht, in ähnlichen Fällen, wie das ja heute vielfach geschieht, eine Reinfection anzunehmen.

Staub (62) publicirt den Fall eines 45jährigen Mannes, welcher 1879 eine durch neuralgische Schmerzen, steife Haltung und Buckelbildung in der Höhe des 10. Brustwirbels angedeutete Spondylarthrocace acquirirte. Später Bildung eines tuberculo-pustulösen Exanthems, das als Lupus angesprochen und behandelt

wurde. 1893 Lymphomata colli rechts, Exstirpation. 1894 tiefknotige Infiltrate im Gesicht, Drüsentumoren am Halse. Diagnose des Verf.'s: gummöse Lymphome, altes tuberculo-gummöses Syphilid der Gesichtshaut. Hg-Injectionen, Jodkali. Involution in kurzer Zeit. 11. und 12. Brustwirbel eingeknickt, ihre Processus spinosi nach rechts abgewichen. Der Knochenprocess wird als Caries sicca im Sinne Virchow's gedeutet.

Weber (73) möchte für das Zustandekommen von Aneurysmen der Aorta die Syphilis als Ursache weit mehr in Frage ziehen, als den genuinen atheromatösen Process.

M. v. Zeissl (75) vertritt bezüglich der Pathogenese der Syphilide die Anschauung, dass alle cutanen Manifestationen der Lues durch den supponirten Syphilis-Microorganismus selbst bedingt seien, d. h. dass für die verschiedenen Formen der Syphilisexantheme der Syphilis-Microorganismus als directer Erreger anzusehen sei. Der in neuerer Zeit verfochtenen Theorie, dass die Spätformen der Lues nicht mehr Producte des specifischen Virus seien, sondern vielmehr durch Stoffwechselproducte desselben, die sog. „Syphilistoxine", bedingt werden, weiss Verf. mit einer Reihe von treffenden Argumenten entgegenzutreten. Gegen diese Ansicht lässt sich vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus zunächst die grosse Aehnlichkeit der histologischen Structur der luetischen Früh- und Spätformen geltend machen, ferner die anatomische Uebereinstimmung primärer Bildungen mit einer Reihe anderer infectiöser Granulationsgeschwülste, welche zum Theil in allen Phasen ihres Bestandes den Nachweis der specifischen Erreger gestatten (wie die Lepra), zum Theil übertragbare Producte liefern (wie Tuberculose, Lupus). Die Lostrennung des primären Stadiums aus dem Gebiete der eigentlichen Syphilis entbehrt aber auch aus klinischen Gründen einer jeden Berechtigung. So ist das nicht zu selten beobachtete gleichzeitige Vorhandensein von papulösen Efflorescenzen und gummösen Bildungen an ein und demselben Individuum aus der „Toxintheorie" nicht zu erklären. Die Fälle, welche für eine Reinfection bei noch vorhandenen Gummen zeugen sollen (Merkl, Bouley, Gasengen), halten einer ernsten Kritik nicht Stand und gestatten daher auch nicht die Verwerthung im Sinne der Toxintheorie. Auch die Uebertragbarkeit der Syphilis von Individuen aus, welche gummöse Läsionen aufweisen, ist durch den Uebergang der Lues auf die Nachkommenschaft vielfach erhärtet, ausserdem durch zahlreiche Wahrnehmungen, welche als classische Exempla der directen Vermittelung der Syphilis von gummösen Bildungen aus dienen. Die ungleiche therapeutische Beeinflussbarkeit der luetischen Früh- und Spätsymptome durch Hg und Jodkali kann auch nicht als Criterium für die Differenz dieser Producte hingenommen werden. Einmal reagiren die gummösen Bildungen fast immer prompt auf Hg-Medication, andererseits erweist sich das Jodkalium auch den Frühformen gegenüber wirksam. Eine Reihe nambafter Autoren warnt vor diesem therapeutischen Schematisiren und erblickt im Hg das einzige Agens, das sich in allen Stadien der Lues wirksam erweist.

[Biron, J., Zur Infectiosität der Syphilis in ihrem späten Stadium. Medycyna. No. 2.

Verf. wurde von einer Dame consultirt, welche 2 Monate nach der Hochzeit das Bild einer ganz recenten Eruption einer secundären Syphilis darbot. Die Stelle der primären Infection konnte trotz eifrigen Suchens nirgends constatirt werden. Die Anamnese ergab, dass der Gatte vor 11 Jahren einen harten Schanker acquirirt hatte, die Syphilis verlief äusserst leicht. Pat. stand 3 Jahre hindurch in fachmännischer Behandlung und war seit 8 Jahren frei von jedem Recidiv. Die gegenwärtige Untersuchung ergab ausser einer Differenz der Pupillenweite und Kopfschwindel nichts Abnormes; beide Symptome wichen einer specifischen Behandlung. Verf. ist geneigt, mangels der Möglichkeit des Nachweises der Stelle der primären Infection bei der Frau eine Infection durch das Sperma anzunehmen. **Trzebicky** (Krakau).]

III. Viscerale und Nervensyphilis.

1) Aderholdt, Curt, Beiträge zur Kenntniss der Rectumsyphilis. Inaug.-Diss. Berlin. — 2) Alexander, Ueber Gefässveränderungen bei syphilit. Augenerkrankungen. gr. 8. Berlin. — 3) Aschner, Arthur, Beiträge zum Icterus syphiliticus praecox. Wien. med. Wochenschr. No. 32. (Drei Fälle von Icterus im acuten Stadium der Lues.) — 4) Augagneur, Sur la pathogénie de la dysphagie secondaire. Ann. d. Derm. 3. VII. p. 555. Soc. franç. de Derm. et de Syph. 10. Avril. — 5) Babou, J., L'état gastrique des Syphilitiques traités. Gastropathie médicamenteuse syphilitique. Ann. de Dermatol. 3. VII. p. 703. — 6) Bailey, Pearce and Emerson George Brewer, Clinical and pathological report of a case of cerebral Syphilis. Journ. of Cutan. and genito-urinary diseases. Septbr. — 7) Brasch, Martin, Zur Pathologie der syphilitischen Früherkrankungen des Centralnervensystems. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. VIII. — 8) Brault, J., Observation de „Myélite syphilitique aiguë précoce". Ann. de Dermatol. 3. VII. p. 1093. Soc. franç. d. Derm. et d. Syph. 9. Juillet. — 9) Brouardel, Georges, Glossite syphilitique développée malgré de traitement par les injections de calomel. Ann. de Derm. 3. VII. p. 1057. Soc. franç. d. Derm. et d. Syph. 9. Juillet. — 10) Derselbe, Deux cas d'anévrysmes syphilitiques. Ann. d. Derm. 3. VIII. p. 749. Soc. franç. d. Derm. et d. Syph. 13. Mai. — 11) Brück, Alfred, Zur Syphilis des äusseren Ohres. Berlin. klin. Wochenschr. No. 8. (Ein 27jähr. Mann zeigt als Recidiv der vor einem Jahre überstandenen Lues breiten Condylomen ähnliche Wucherungen beider Gehörgänge, welche die Hörschärfe beeinträchtigen, und ein haselnussgrosses papilläres Syphilid [Lesser] an der linken Ohrmuschel. Heilung nach Allgemeinbehandlung [Inunctionscur 90 g]. Trommelfell intact.) — 12) Cassirer, Richard, Ein Fall von Lues cerebrospinalis. Deutsche Zeitschr. für Nervenheilk. IX. — 13) Du Castel, Synovites syphilitiques. Ann. de Derm. 3. VII. Soc. franç. d. Derm. et d. Syph. 15. Février. — 14) Darier, J., Epididymite syphititique secondaire. Ann. d. Derm. 3. VII. p. 38. Soc. franç. d. Derm. et d. Syph. 9. Janvier. — 15) Collin, Rudolf, Ueber einen Fall von syphilitischer Spinalparalyse. Inaug.-Diss. Berlin. — 16) Daulos, Arthropathies syphilitiques. Ann. d. Dermat. 3. VII. p. 1322. Soc. franç. d. Derm. et d. Syph. 12. Novbr. — 17) Doederlein, Theodor, Ein Beitrag zur Kenntniss der syphilitischen Nephritis. Münch. med. Wochenschr. No. 41. — 18) Duclos, J., Etude statistique sur les manifestations oculaires de la syphilis. Archiv. clin. de Bordeaux. p. 306. (Unter 10000 Kranken der Klinik Lagrange konnte Verf. 192 Fälle von Augensyphilis, d. i. 2 pCt., eruiren. Von diesen zeigten Erkrankungen der Lider 3, der Conjunctiva 2, Sclera 2,

Cornea 59, Iris 48, Chorioidea 7, Retina 16, Opticus 29, Linse 3, Muskel 15, Periost und Knochen [Orbita] 6.) — 19) Derselbe, Un cas de paralysie syphilitique du moteur oculaire externe droit et du facial gauche. Ibidem. p. 90. — 20) Egor, Max, Ein Beitrag zur Kenntniss der circumscripten Muskelgummata, im Anschluss an eine Beobachtung solcher in der Halmusculatur. Deutsche med. Wochenschr. No. 35. (Symmetrisch gelegene taubeneigrosse Gummata an den Musculi sternocleidomastoidei einer 35jähr. Frau, deren Infection 16 Jahre vorher stattfand. Involution auf Jodkali.) — 21) Emery, E., Gomme du sein. Ann. d. Dermatol. 3. VII. p. 60. Soc. franç. d. Derm. et d. Syph. 9. Janvier. — 22) Fournier, A., Sur une variété de syphilis médullaire. Ann. de Dermat. 3. VII. p. 380. Soc. franç. d. Derm. et d. Syph. 12. Mars. — 23) Derselbe, Rapports sur un mémoire de M. le Dr. Gilles de la Tourette concernant la Syphilis héréditaire de la moelle épinière. Bullet. de l'Acad. de Méd. No. 19. — 24) Derselbe, Syphilose cérébro-spinale. Deux ictus aphasiques. Méningo-myélite cervicale supérieure. Ann. de Derm. 3. VII. p. 352. Soc. franç. d. Derm. et d. Syph. Séance d. 11. Juin. — 25) Derselbe, Hémiplegie spinale très précoce, survenu au début même de la période sécondaire. Amyotrophie consécutive du membre inférieur. Ann. de Derm. 3. VII. p. 1073. Soc. franç. d. Derm. et de Syph. 9. Juillet. — 26) Galezowski, Des artérites syphilitiques rétiniennes avec thromboses consécutives. Ann. de Dermatol. 3. VII. p. 752. Soc. franç. d. Derm. et d. Syph. Séance d. 11. Juin. — 27) Habermann, J., Die luet. Erkrank. des Gehörorgans. gr. 8. Jena. — 28) Heiberg, P., Stige og synke Antallene af Dödsfald af genesch Parese paa St. Hans Hospital i Forhold til Svingningerne i Antallene of Syphilitikere i Kjöbenhavn? Bibl. f. Laeger. 7. R. VII. p. 112—116. — 29) Hoch, Valentin, Ueber syphilitische Trachealstenose. Inaug.-Diss. Erlangen. 1895. — 30) Horovitz, M., Zur Behandlung der Gehirnsyphilis. Centralbl. f. die ges. Therap. H. I. — 31) Julliçen, L., Un cas de leucoplasie linguale. Ann. de Derm. 3. VII. Soc. franc. d. Derm. et d. Syph. 15 février. — 32) Lindsay, Steven John, On a series of cases illustrating the influence of syphilis in the sudden production of alarming disorders of the nervous system. The Glasgow med. Journ. No. 4. October. — 33) Litten, M., Ueber Lebersyphilis. Dermatol. Zeitshhrift. Bd. III. Heft 1. — 34) Lubbers, A. E. H., Vitium cordis na Syphilis. Geneesk. Tijdschr voor Meddl- Indie. XXXVI. (Beobachtung eines Falles von Aorteninsufficienz und Hypertrophie des linken Ventrikels im acuten Stadium der Lues bei einem Soldaten.) — 35) Mendel, Un cas de laryngite tertiaire grave traité par les injections de Calomel. Ann. de Dermat. 3. VII. p. 1070. Soc. franc. d. Derm. et d. Syph. 9. Juillet. — 36) Mettler, Harrison L., Syphilitic disease of the spine. Medical Record. 3. Oct. (Ein Hinweis auf die multiforme Erscheinungsweise luetischer Spinalerkrankungen.) — 37) Mracell, Syphilis des Oesophagus. Verhandl. d. deutsch. dermatol. Gesellschaft. 5. Congress. S. 585. — 38) Oppenheim, H., Die syphilitischen Erkrankungen des Gehirns. Wien. — 39) Ostwalt, Cas typique de gomme du corps ciliaire avec remarques sur les tumeurs syphilitiques de la partie antérieure du tractus uvéal en général. Annales de Dermatol. 3. Sér. VII. — 40) Reiss, Wladislaw, Ein Fall primärer Syphilis der Conjunctiva. Arch. f. Dermatol. Bd. XXXV. (25jähriger Mann wird im Militärspital an Trachom behandelt, 6 Wochen nach der Aufnahme bemerkt Pat. eine Schwellung des linken unteren Augenlides, nach weiteren 2 Wochen Schwellung der Unterkieferdrüsen. An der Augenklinik in Krakau wird eine Sclerose im unteren Fornix nahe dem Canthus externus, Intumescenz der Submaxillardrüsen und maculöses Exanthem constatirt.) — 41) Schiffmacher, Jakob, Ueber die syphilitische Erkrankung der Lunge. Inaug.-Dissert. Berlin. — 42) Schulte, Josef, Ueber Lues des Centralnervensystems. Inaug.-Dissertation. Kiel. — 43) Skladny, Richard, Ueber das Auftreten von glatter Atrophie des Zungengrundes in Folge hereditärer Lues. Inaug.-Dissetation. Berlin. — 44) Spilmann et G. Etienne, Polynévrite diffuse dans la période secondaire de la syphilis. Ann. de Derm. 3. VII. p. 637. Soc. franc. d. Syph. 11. Avril. — 45) Dieselben, Pleurésie syphilitique du stade roséolique. Ann. de Derm. 3. VII. Soc. franc. d. Derm. et de Syph. 15. février. — 46) Stalper, P., Beitr. zur Syphilis visceralis. Magen-, Lungen-, Herzsyphilis. M. 3 Taf. Kassel. — 47) Strübing, Ueber Athetose bei Lues. Arch. f. Dermatol. Bd. XXXIII. Bereits referirt im Jahresbericht 1895. S. 578. No. 90. — 48) Taeff, Georg, Ueber Endocarditis syphilitica. Inaug.-Dissertation. Berlin. — 49) Wolter, Seltener Fall einer starken Blutung in Folge syphilitischen Geschwürs der Portio. Münch. med. Wochenschr. No. 20. (Diagnose eines zerfallenen Gumma der Vaginalportion bei einer Frau ex juvantibus. Heilung auf Jodkaligebrauch.

Aderholdt (1) unterlegt seiner Dissertation 4, an der Syphilisabtheilung der Charité beobachtete Fälle von Rectalsyphilis. 1. 44jährige Frau, 4 mal geboren, 4 mal abortirt, machte 1884 eine antiluetische Injectionsbehandlung durch. Seit 5 Jahren chronische Stuhlverstopfung. Status: gruppirte Infiltrate an der rechten Nasolabialfalte, Ulcera am rechten Knie, glatte Atrophie am Zungengrunde, Condylomata lata? am Perineum; Analöffnung eng, eingezogen, von Narben umgeben, Anus kaum für den kl. Finger unter Schmerz permeabel, Rectum in ein enges schwielig verdicktes, von knotigen Erhebungen durchsetztes Rohr umgewandelt. Die Veränderungen reichen bis 6 cm tief in den Mastdarm hinein. Besserung auf Jodkali. 2. 29jähr. Frau, machte vor 3 Jahren Lues durch. Seit einiger Zeit Stuhlbeschwerden, Schmerzen beim Stuhl, Blut- und Eiterabgang. Neuerliche Schmiercur und interne Jodkali-Medication. Status: Analöffnung verengt, schleimig-eitriger Ausfluss (gonococcenfrei), im Mastdarm bis eine Hand breit über dem Anus mehrfache strahlig-narbige Einziehungen der Schleimhaut. Therapie: Sublimatinjectionen, im Verlaufe der Behandlung unter Erscheinungen von Durchfall und Erbrechen, Schmerzen in der Lebergegend, Exitus letalis. Die Section ergiebt: Milztumor, perforirtes Magengeschwür, faustgrosser Leberabscess, 3. 34jährige Frau, syphilitische Rectumstenose, ringförmig, 6 cm über dem Sphincter, die Schleimhaut an correspondirender Stelle nur für federkielstarke Sonden passirbar. Methodische Dilatation. Allgemeinbehandlung. 4. Frau, 47 Jahre alt, Mastdarm höckerig uneben, bis auf eine für den kleinen Finger durchgängige Passage verengt, die Wandung derb, knollig verdickt, starr. Lues anamnestisch festgestellt. Zur Erklärung des Falles II wird eine Vergiftung mit Sublimat angenommen, welches die Kranke in der Anstalt in selbstmörderischer Absicht genommen haben dürfte.

Angagneur (4) führt die Dysphagie im Frühstadium der Lues auf eine Intumescenz der Zungentonsille zurück. Unter 63 Kranken wiesen 38 diese Hyperplasie auf und alle diese klagten über Schlingbeschwerden. Die Hyperplasie der Zungentonsille ist als eine

Theilerscheinung der allgemeinen Adenopathie im Frühstadium der Lues zu betrachten. Am häufigsten ist die Dysphagie bei kräftigen erwachsenen Männern zu treffen.

Babou (5) unterzog bei 8 Kranken (6 Weiber, 2 Männer) der Klinik Fournier, welche nach interner Hg-Medication Verdauungsbeschwerden aufwiesen, den Magensaft der chemischen Analyse. Nach dem Ewald-schen Probefrühstück war in 6 Fällen Hypopepsie, in einem complete Apepsie und in einem Hyperpepsie vorhanden.

Verf. nimmt für diese Verdauungsalteration eine Gastritisform als Ursache an, welche auf eine Transformation der Epithelschicht der Magenschleimhaut zu beziehen wäre. Die Alteration ist stets durch die Medication und nicht durch das Grundleiden, die Syphilis bedingt.

Bailey und Brewer Emerson (6) reproduciren die Krankengeschichte und die Autopsie eines Falles von früh aufgetretener Hirnsyphilis. Ein 25jähr. Mann acquirirt 1892 Lues und wird durch 2 Jahre ausgiebig mercuriell behandelt. März 1896, $3^1/_2$ Jahre nach der Infection, Schwindel, Kopfschmerzen, Erbrechen, Pupillendifferenz, beginnende Neuritis optica beiderseits. Inunctionscur. 20. April epileptiforme Krämpfe. Bewusstseinsverlust. 27. April. Ataxie. Erloschensein der Reflexe. 29. Ptosis rechts, Facialisparese. 6. Mai. Exitus letalis.

Die Autopsie ergab: Basale Leptomeningitis. Thrombose der Basilararterie, zum Theil auch der Aa. vertebral. und comminicant. post. Aneurysma der A. basilaris (7,5 mm im Diameter) zwischen den Nn. III und Endarteritis an den grösseren Gefässen.

Brasch (7) bringt folgenden genau explorirten Fall zur Mittheilung. 43jähr. Mann acquirirt August 1893 Lues (Sclerose, maculo-papulöses Exanth.) Nach wenigen Wochen periphere Facialislähmung rechts, anfangs November Zucker im Harn, vorübergehend Westphal-sches Zeichen. Anfang December Schwerhörigkeit, (wahrscheinlich Labyrinthaffection) antiluetische Cur von Erfolg. März 1894 von Neuem Kopfschmerz, Schwindel, Hörstörung, während der antiluet. Therapie Hemiplegie links, allgemeiner Verfall, bulbäre Erscheinungen, Ende October Exitus letalis. Bei der Section fand sich eine ausschliesslich vasculäre Form der cerebralen Syphilis, ein Erweichungsherd im r. Pos mit der entsprechenden secundären Degeneration im Verlaufe der Pyramidenbahn, ausserdem Degenerationen im Verlaufe der N. VII und VIII rechts. Eine ungenügende Behandlung scheint in diesem Falle die Früherkrankung des Nervensystems begünstigt zu haben.

Brouardel's (10) erster Fall betraf einen 57jähr. Mann, der 1868 Lues acquirirte und 1880 gegen Recidiverscheinungen an der Abtheilung Lailler mit Syrup Gibert behandelt und der „Syphilisation“ unterzogen wurde. Bis April 1895 keinerlei Luessymptome. Um diese Zeit Oedem des rechten Beines, später Geschwulstbildung in der Kniekehle, welche als Aneurysma erkannt im September operirt wurde. Anfang 1896 luetische Geschwüre am rechten Unterschenkel.

Im zweiten Falle handelt es sich um ein 49jähr. Individuum. Sclerose 1875. Aphasie und Paralyse des r. Armes 1884. Heilung durch antiluetische Medication. 1894. Aneurysma des Aortenbogens. Specifische Behandlung mit Jodkalium ohne nennenswerthen Erfolg.

Cassirer's (12) histologische Untersuchungen beziehen sich auf das Centralnervensystem einer 57jähr. Frau, welche seit Jahren an Kopfschmerzen litt und Mai 1894 die Zeichen einer Hemiplegia dextra spastica aufwies. Zu constatiren waren noch: Articulatorische Sprachstörung, hallucinatorischer Erregungszustand, im Verlaufe der Beobachtungsdauer (ein Vierteljahr bis zum Tode) Pupillendifferenz, vorübergehende Diplopie, Demenz, Ptosis l., Facialisparese r. Der Tod erfolgt bei allgem. Marasmus unter linksseitigen, clonischen Zuckungen Ende August 1894.

Die Section ergiebt: Hepatitis interstitial. und Nephritis parenchymatosa. Die histologische Exploration: Pachymeningitis im Gebiete des Pons und des Kleinhirns, Leptomeningitis mit Uebergreifen auf die angrenzenden nervösen Gebiete (Rückenmark, Medulla oblong., Pons, Pedunculi cerebri). Gummöse Neubildungen im l. und r. Fusse des Pons und der Pedunculi cerebri.

Hochgradige Degeneration des l. intramedullären Trochlearisschenkels, der r. spinalen Trigeminuswurzel, absteigende Deg. der l. Pyramide in der Medulla und des entsprechenden der Py.-Seitenstranges im Rückenmarke, geringe Deg. der r. Pyramide, des l. Py.-Seitenstranges, und des r. Py.-Vorderstranges. Degeneration der Wurzeleintrittszone der hinteren Wurzeln im unteren Theile des Halsmarkes der linken Seite, endlich eine Endarteritis chron. und Meso- und Periarteritis der Aa. spinales, vertebrales, basilar.

Die Polymorphie der Laesionen, der Uebergang der meningealen Veränderungen auf die Nervensubstanz, die kleinzelligen Granulationsgeschwülste im Pons und Pedunc. cerebri (mit regressiver Metamorphose) liessen den Fall sicher als cerebrospinale Lues ansprechen, welche Deutung noch durch den chronischen langjährigen Verlauf des Falles erhärtet erscheint.

Collin (15) beschreibt den Fall eines 43jährigen Arbeiters, der 3 Jahre nach einer luetischen Infection und einer Reihe von disponirenden Momenten wie Trauma, Erkältung, das typische Bild der Erb'schen Spinalparalyse darbietet. Eine specifische Allgemeinbehandlung führt zur Besserung des Zustandes. Als anatomische Grundlage der Laesion, wird eine Erkrankung der Pyramidenseitenstrangbahnen, der Hinterstränge und der hinteren grauen Substanz in der Höhe vom VII. bis XII. Dorsalsegment angenommen und die Ursache der Veränderung auf luetische Gefässalteration bezogen.

Doederlein (17) reflectirt auf eine Wahrnehmung aus dem pathologischen Universitäts-Institut in Leipzig. Ein 19jähriger, im Frühjahr 1895 luetisch inficirter Mann, wird im November mit Calomelinjectionen behandelt, nach 3 Einspritzungen (innerhalb 12 Tagen) Nachtschweisse, Temperatursteigerung. Bei der Aufnahme am 4. December: 39,5, Erythema mercuriale am

ganzen Stamme, Psoriasis plant. specif., Stomatitis mercur. und luetische Plaques im Munde. Im Verlaufe Albuminurie, Erbrechen, später Anurie, Exitus letalis am 15. Januar. Die Lungen ergaben das Bild einer chronischen, interstitiellen Pneumonie, die Milz grosszelliger Hyperplasie, die Leber intraacinöse Bindegewebswucherung mit Anfängen miliarer Gummabildung. Lymphdrüsen interstitiell gewuchert. In den Nieren das Bild einer subacuten interstitiellen Nephritis. Die Nierenläsion wird gleich den anderen Organveränderungen als specifisch luetische Alteration des secundären Stadiums gedeutet. Gegen eine mercurielle toxische Natur der Nephritis wird das Intactbleiben des Parenchyms geltend gemacht.

Fournier (22) beschreibt unter der Benennung: Syphilose médullaire spasmatique einen Symptomencomplex, der in allen Zügen der Erb'schen Spinalparalyse entspricht. Als Cardinalsymptome werden Schwäche der unteren Extremitäten, spastischer Gang, Steigerung des Patellarreflexes, sowie Blasen- und Mastdarmstörungen namhaft gemacht. In einem angeführten Falle, der sich auf einen 41jährigen Manne bezieht, setzte die Erkrankung 14 Monate nach der Infection ein; trotz energischer antiluetischer Cur war keine Besserung des Zustandes zu erzielen.

Fournier (23) referirt der Academie Gilles de la Tourette's Forschungen über heredosyphilitische Rückenmarksaffectionen. F. pflichtet der Eintheilung der Erkrankungen in congenitale, sich im Kindesalter manifestirende und tardive bei. In der ersten Gruppe rangiren die von Gilles de la Tourette als „Méningomyélite diffuse embryonnaire" beschriebenen Veränderungen, sowie die spasmodische Form der congenitalen Tabes (Little'sche Krankheit). Von letzterer Form verfügt G. über 5 Wahrnehmungen.

Die im Kindesalter zuerst auftretenden specifischen Myelopathien, beruhen auf insterstitieller, perivasculärer oder meningealer Infiltration gummöser Natur und treten in Erscheinung unter dem Bilde der gewöhnlichen Paraplegie (Fournier, Gombault) und spastischen Paraplegie (Typus Charcot-Erb) wie in Fällen von Hoffmann, Friedmann u. A.

Ueber einen Fall von Poliomyelitis anterior verfügt Raymond (bisher nicht publicirt).

In der dritten Gruppe rangiren zahlreiche Beobachtungen G.'s, welche sich auf Myelopathien bei 18- bis 50jährigen Individuen beziehen und mit hereditärer Lues derselben in Zusammenhang gebracht werden. Anschliessend finden die Fälle von juveniler Tabes, welche G. in 3 Fällen (im 17., 20. u. 31. Lebensjahre) beobachtet, Erwähnung.

Fournier (24) abstrahirt aus einer Reihe von Wahrnehmungen einen Krankheitstypus für luetische Alterationen des Centralnervensystems, welcher durch folgende klinische Erscheinungen characterisirt erscheint. 1. Intensive ausstrahlende Schmerzen vom Nacken aus gegen Rücken und Arme. 2. Motilitätsstörungen, besonders unsicherer Gang, Unmöglichkeit zu laufen, Romberg'sches Phaenomen. 3. Steigerung der Reflexe. 4. Pupillendifferenz. Die Erkrankung pflegt sich in den ersten Jahren der luetischen Infection zu declariren.

Ausgeprägt erscheinen diese Zeichen bei einer demonstrirten 23jähr. Frau, welche während der zweiten Gravidität Lues acquirirte und am Ende dieser Schwangerschaft zwei Attaquen von transitorischer, 2 Tage anhaltender Aphasie mit Parese des rechten Armes durchmachte. Das gegenwärtige Uebel setzte 4 Jahre später ein.

Galezowski (26) unterscheidet 3 Arten luetischer Netzhautgefäss-Erkrankungen: 1. Eine partielle Arteritis oder Periarteritis, welche zu Netzhaut-Haemorrhagien führt. 2. Disseminirte Capillargefässalterationen, welche bei Freibleiben der Hauptzweige in Heilung überzugehen vermögen. 3. Embolische Obliteration der Centralarterie, bedingt durch Endarteritis, eine meist unheilbare Erkrankungsform, welche zur Erblindung des afficirten Auges führt.

[P. Heiberg (28) stellt die Frage, ob die Anzahl von Todesfällen durch generelle Parese in der grossen Irrenanstalt bei Kopenhagen (St. Hans Hospital) mit entsprechendem Steigen oder Sinken in der Anzahl von Syphilitikern in Kopenhagen übereinstimme. Dem Chefarzte jenes Spitals, Rohmell, zufolge vergehen durchschnittlich von der luetischen Infection bis zum Ausbruch der Parese $11^1/_2$, nach Jacobson $12^1/_2$ Jahre. Die Dauer der Parese schlägt Jacobson durchschnittlich zu 3 Jahr an. Durchschnittlich sollte der Abstand von der Infection bis zum Tode durch Parese 15 Jahre betragen. Hiermit stimmt es (einer beigelegten Tabelle zufolge), dass Syphilis in Kopenhagen i. J. 1869 ein Maximum hatte, und die Sterblichkeit durch generelle Parese i. J. 1884. In 1886 hatte Kopenhagen wieder ein Maximum von Lues; es wird sich zeigen, ob die ersten Jahre des nächsten Jahrhunderts ein entsprechendes Maximum von Todesfällen durch generelle Parese liefern werden. **R. Bergh.**]

Hoch's (29) Wahrnehmung betrifft ein 14jähr. hereditär luetisches Mädchen, welches ausgebreitete Zerstörungen des weichen Gaumens, sowie des Nasengerüstes zeigte und, nach wiederholten Attaquen von Athemnoth, einem Suffocationsanfalle erlag. Vorher machte die Kranke eine Aspirationspneumonie von irregulärem Verlauf sowie hämmorrhagische Nephritis durch. Die Section ergab ausser den angeführten Läsionen, das Vorhandensein einer starken Verengerung im mittleren Theile der Trachea und narbige Stellen an der Schleimhaut, ober- wie unterhalb der stricturirten Trachealpartie, sowie im r. Bronchus. Die verengte Stelle war durch einen Schleimpfropf verlegt, welcher bis in den r. Bronchus reichte und den Erstickungstod bedingte.

Horovitz (30) sah bei einem 34jährigen Manne 6 Jahre nach der luetischen Infection, incomplete motorische Aphasie, rechtsseitige Monoplegia brachialis und linksseitige Facialislähmung in den Mund- und Augenzweigen. Eine energische Innctionscur blieb wirkungslos, als Ursache war eine mangelhafte Resorption nachzuweisen, indem sich der Harn frei von Hg

erwies. Erst eine mit Sublimat ausgeführte Injectionsbehandlung erzielte eine prompte Rückbildung der angeführten Störungen; sowie einer im Verlaufe der Inunctionscur aufgetretenen Blasen- und Mastdarmalteration.

Lindsay's (32) Beobachtungen betreffen folgende 4 Fälle:

1. Luetische Hemiplegie bei einem 46j. Manne, gummöse Tumoren der Kopfhaut, Heilung auf specifische Therapie.

2. Ophthalmoplegie des rechten Auges bei einer 53 Jahre alten Frau, Hemicranie, Heilung auf Schmiercur und internen Jodkaligebrauch.

3. 40jähriger Mann zeigt motorische Aphasie, Parese der r. Körperhälfte, Kopfschmerzen, die Diagnose wird auf luetischen Hirntumor gestellt. Die Behandlung konnte keine Besserung erzielen.

4. 37jähriger Mann leidet an Kopfschmerzen, Convulsionen und psychischen Störungen, welche Erscheinungen einer specifischen Behandlung weichen.

Ostwalt (39) eliminirt eine grosse Reihe der in der Literatur als Gummata des Ciliarkörpers figurirenden Fälle und lässt nur 4 Wahrnehmungen aus der Gesammtliteratur als einschlägige gelten. (Alt, Woïnow, Loring-Eno und Widder's Fälle).

Verfassers eigene Observation dieser seltenen Erkrankungsform betraf einen 39jährigen Mann, welcher 14 Jahre nach der luetischen Infection, ohne in dem Intervall specifische Erscheinungen dargeboten zu haben, eine gummöse Wucherung des Ciliarkörpers am rechten Auge aufweist. 9 Sublimat-Injectionen (1 pCt.) bewirken den Zerfall der Geschwulst unter Bildung eines Pseudohypopyons, das nach vierzehntägigem Bestande vollständig zur Resorption gelangt. Gewagt erscheint der Schluss, dass eine gleichzeitig aufgetretene und gleichfalls unter der spec. Behandlung ausgeheilte Cystitis, in einem gummösen Geschwür der Blase, ihre Ursache gehabt haben dürfte.

Schiffmacher (41) tritt an der Hand des vorliegenden literarischen Materials für die Existenz einer „syphilitischen Phthise" ein und bespricht die Erscheinungsweise auch anderer luetischer Lungenläsionen. Drei an der Klinik Gerhard beobachtete einschlägige Wahrnehmungen, deren ausführliche Beschreibung beigegeben ist, werden per exclusionem als Fälle von Lungensyphilis angesprochen. Diese Kranken zeigten eine günstige Beeinflussung der Lungenaffection bei Einleitung der specifischen Therapie.

Schulte (42) liefert eine tabellarische Zusammenstellung der Fälle von Syphilis des Centralnervensystems, welche in den letzten 15 Jahren an der Kieler Klinik zur Wahrnehmung gelangten. Unter 49 Erkrankungen waren ergriffen die Hirnhäute in 16, Hirngefässe in 9, Hirnsubstanz in 9, Medulla oblongata in 4, Medulla oblong. und Hirnsubstanz in 4 Fällen. Die ersten nervösen Erscheinungen fielen in 20 pCt. der Fälle in das erste Jahr nach der Infection, in 55 pCt. in die ersten 5 Jahre, in 24 pCt. in das zweite Lustrum, während vereinzelte Fälle auch noch in das 20.—25. Jahr nach der luetischen Allgemeininfection fallen. Unter den behandelten Fällen kam es in 34 pCt. zur Heilung, allerdings ohne dass die Mehrzahl der Patienten weiterhin verfolgt werden konnte; letal endeten 4 Fälle von Hirnlues. Von allen Kranken, welche durchwegs nur klinisch verfolgt wurden, zeigte nur einer specif. Hautläsionen zur Zeit der Nervenalteration.

Bemerkenswerth erscheint der eine ausführlicher wiedergegebene Fall, welcher eine 37jährige Frau mit tertiärer Nasenlues betraf und nach 25tägigem Aufenthalt an der Klinik, unter allgemeiner Unruhe, spastischen Erscheinungen und Temperatursteigerung bis 40° letal endete. Als merkwürdig sei hervorgehoben, dass Patientin bis zum prämortalen Temperaturanstieg durch Wochen eine subnormale Wärme von 32° C. aufwies. Sectionsbefund: Gummata des Infunibulum am vorderen Theil des r. Streifenhügels, dem Opticus mit Chiasma, linken Tentorium mit Compression des l. Hirnstils. Compression des l. Trigeminus. Ausgedehnte Erweichung des Gehirns, kleine Blutungen unter die Dura über dem r. Scheitel. Starke chronische Meningitis.

Skladny (43) untersuchte auf Grund der Arbeit Lewin's 50 mit Keratitis interstitialis behaftete Kranke der Berliner Universitäts-Augenklinik, um zu eruiren, inwieweit die glatte Atrophie des Zungengrundes als pathognomonisches Kennzeichen für Syphilis hereditaria gelten kann. 24, also 48 pCt. sämmtlicher Fälle waren als sicher luetisch anzusprechen, während für die restirenden 26 = 52 pCt. die Diagnose nur mit Wahrscheinlichkeit auf Lues hereditaria gestellt werden konnte. Die glatte Atrophie des Zungengrundes war in 26 Fällen = 52 pCt. zu constatiren, 23 mal erwies sich die Zunge normal, und in einem Falle zeigte dieselbe eine Hyperplasie der Balgdrüsen. Von diesen 26 Fällen glatter Atrophie finden sich 20 bei einem Theil jener Kranken, welche als hereditär-luetisch bezeichnet erscheinen, während nur 6 auf die anderen entfallen.

Spilmann und Etienne (44) beschreiben den Fall eines 22jährigen Mannes, der 10 Monate nach der luetischen Infection (multiple Sclerosen am Genitale, mac. Exanthem, Therapie: 10 Injectionen Peptonquecksilber, Protojoduretpillen, Jodkali) eine Recidivroseola, diffuse Alopecia aufweist und eine rasch zunehmende Atrophie der Extremitätenmusculatur constatiren lässt. Die Atrophie betrifft in minderer Intensität auch die Intercostal- und Lendenmuskeln. Das Gehen ist unmöglich, die Muskelkraft bedeutend herabgesetzt, die tactile Sensibilität und Schmerzempfindung in den ergriffenen Gebieten erloschen. Patellarreflex, Fussclonus, Ellbogenreflex nicht auslösbar. Sphincteren functioniren normal. Keine Entartungsreaction. Pupillenreflexe von der Norm nicht abweichend. Verlauf afebril.

Injectionen von Thymol-Acetal-Quecksilber (Ol. Vaselin-Suspension) bewirken eine vollkommene Restitution.

Taneff (48) sammelt unter Benutzung einer umfangreichen Literatur 95 Fälle von syphilitischer Endocarditis. Die Uebersicht der Fälle ergiebt, dass die specifischen Veränderungen im Endocardium vorzugs-

weise in der fibrösen, retrahirenden und in der verrucösen Form auftreten. 85 der zusammengestellten Fälle sind theils durch die Obduction, theils durch andere manifeste Luessymptome in den übrigen Organen, als sichere luetische Endocarditiden erhärtet. Von diesen Wahrnehmungen entfallen 65 auf die fibröse, retrahirende Form und 20 auf die verrucöse Varietät; alle 10 zweifelhaft syphilitischen Fälle wiesen die verrucöse Natur auf. Der beigefügte Fall der Klinik Leyden betrifft eine 47 jährige Frau, welche unter den klinischen Erscheinungen der Lebercirrhose zu Grunde ging. Die Section ergab: Syphilis constitutionalis. Endocarditis et myocarditis chron. atrii sin. Gummata ventric. sin. cordis. Hepatitis interstitialis et gummosa. Haemorrhagia ventriculi et intestini. Varices oesophagi.

IV. Therapie der Syphilis.

1) Assaky, Die therapeutische Wirkung des Jodchinins bei der secundären Syphilis. Monatshefte für pract. Dermatol. Bd. XXIII. No. 9. — 2) Barling, S., The Serum treatment of Syphilis. The British. med. Journ. p. 334. (Ein Fall von gangränöser Sclerose und maculösem Exanthem bei einem Manne zeigt auf mercurielle Therapie keine Besserung. Den fortschreitenden Zerfall, der die ganze Glans occupirenden Initialmanifestation hemmt erst ein Injectionsversuch mit Syphilisserum [Provenienz?] von welchem in 4 Tagen 10 ccm injicirt werden.) — 3) Barthélemy, Traitement de la syphilis par les injections de préparations mercurielles insolubles et de préference de calomel. Ann. de Derm. 3. VII. p. 331. Soc. franc. de Derm. et de Syph. 27. Février. — 4) Derselbe, Statistik vénéréologique. Infirmerie speciale de Saint Lazare. Année 1894 (157 observations). Ibid. p. 528. Ibid. 9. Avril. — 5) Beck, Exanthem nach Quecksilbereinreibungen. Gesellsch. der Charité-Aerzte. Berlin. klin. Wochenschr. No. 7. (Bericht über drei Fälle von mercuriellem Exanthem in Form von Urticaria und Eczem; Exitus letalis in einem Falle in Folge von consecutiver Septicaemie.) — 6) Boeck, C., Behandlung recenter Syphilis mit tertiärsyphilitischem Serum. Arch. f. Derm. Bd. XXXV. — 7) Eudlitz, Die subcutane Behandlung der Syphilis. Allgem. Wien. med. Zeitg. No. 31. (Erörtert die nunmehr auch in Frankreich zur Geltung gelangte Bestrebung die hypodermatische Hg. Application, an Stelle der minder wirksamen internen Medication, allgemeiner zu üben.) — 8) Fournier, A., Trois cas d'Hydrargyrie. Ann. de Dermat. 3. VII. Soc. franc. de Derm. et de Syph. 13. Mai. — 9) Galezowski, A propos de la discussion sur les injections hypodermiques mercurielles insolubles, dans le traitement de la Syphilis. Ibidem. p. 347. Ibidem. 27. Février. — 10) Glück, Leopold, Ueber die Behandlung der Syphilis mit hochdosirten intramusculären Sublimatinjectionen. Verhandl. der deutsch. dermatol. Gesellsch. 5. Congr. S. 242. — 11) Grimm, F., Die Behandlung der Syphilis nach den gegenwärtig üblichen Methoden. Berlin. — 12) Greene, Robert H., The treatment of Syphilis by means of the toxins of erysipelas and the bacillus prodigiosus. Medic. News. No. 16. p. 396. — 13) Grünfeld, Josef, die ambulatorische Behandlung der Syphilisformen mittelst hypodermatischer Injectionen. Centralbl. f. d. ges. Therap. Heft XII. (Verf. spricht den hochdosirten Sublimatinjectionen gegenüber den anderen, vergleichsweise benützten Hg-Präparaten, die beste Verwerthbarkeit zu.) — 14) Hallopeau, H., Sur la valeur des injections hypodermiques dans le traitement de la syphilis. Ann. de Derm. 3. VII. Soc. franc. de Derm. et de Syph. 27. Février. — 15) Herxheimer, Karl, Zur Technik der endermatischen Syphilisbehandlung. Therapeut. Monatshefte. Februar. — 16) Jadassohn, Zur Kenntniss der medicamentösen Dermatosen. Verhandl. d. deutsch. dermatol. Gesellsch. 5. Congr. S. 103. — 17) Jessner, Die chronisch-intermittirende Syphilisbehandlung und ihre Gegner. Therapeut. Monatshefte. Octob. November. (Ein animirtes Plaidoyer für die vielfach verurtheilte Fournier'sche Behandlungsmethode.) — 18) Jullien, Louis, Les injections de Calomel dans le traitement de la Syphilis. Archiv général de Méd. Mai. (Eine eingehende Discussion der Vorzüge, Nachtheile und Indicationen der Calomel-Injectionen.) — 19) Derselbe, Les injections de Calomel dans le traitement de la syphilis. Ann. de Dermatol. 3. VII. p. 171. — 20) Lavarenne, E. de, Traitement de la syphilis par les injections d'huile au bijodure de mercure. Ibidem. p. 322. Soc. franc. de Derm. et de Syph. 27. Février. (325 Injectionen bei 76 Kranken — ohne Nachtheile applicirt.) — 21) Majocci, Domenico, Ueber die Anwendung des Jodols bei venerischen Krankheiten. Therapeut. Monatshefte. April. — 22) Müller, Hugo, Untersuchungen über die Einverleibung verschiedener Quecksilbersalben in die Haut. Ebendas. Novemb. — 23) Mueller-Kannberg, Zur Serumtherapie der Syphilis. Arch. f. Derm. Bd. XXXV. Char. Gesellsch. 6. Februar. — 24) Neisser, Ueber sogenannte „mercurielle Exantheme". Verhandl. d. deutsch. dermatol. Gesellsch. 5. Congr. S. 129. — 25) Le Pileur, Des injections intramusculaires d'huile grise. Journ. des mal. cut. et syphil. No. 4. April. p. 197. — 26) Philippson, A., Eine verbesserte Quecksilbersalbe. Therap. Monatshefte. Februar. — 27) Le Pileur, L., Des injections intramusculaires d'huile grise. Ann. de Derm. 3. VII. p. 153. — 28) Portalier, P., Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les injections de calomel. (Exposé des résultats de 400 injections.) Ibidem. p. 300. Soc. franc. de Derm. et de Syph. 27. Février. (P. hebt als Nachtheile der Behandlung besondere Schmerzhaftigkeit der Injectionen, Bildung grosser Infiltrate, Fieber, Stomatitis und Enteritis hervor.) — 29) Rasch, C., Om Behandlung of Syph. med. Injectionen af unglögeliche Kocksölsprapareten. Hosp. Tid. 4. R. IV. 20. p. 479—486. (Referat von Verhandlung in Soc. dermat. from.) — 30) Rey et L. Julien, Traitement de la syphilis au Dispensaire municipal de la ville d'Alger pendant l'année 1895. Annal. de Dermatol. 3. VII. p. 320. Soc. franc. de Dermat. et de Syph. 27. Février. — 31) Rille, J. H., Ueber Behandlung der Syphilis mit Jodquecksilberhämol. Arch. f. Dermatol. Bd. XXXIV. — 32) Derselbe, Ueber Behandlung der Syphilis mit Kaliumquecksilberhyposulfit. Wien. med. Presse. No. 3 bis 6. — 33) Salterini, G., La dilatazione gastrica nella Sifilide. Gazetta medica Lombard. No. 1. (Klinische Betrachtung ohne neuere Gesichtspunkte.) — 34) Thibierge, Georges, Note sur les injections de préparations mércurielles insolubles dans le traitement de la Syphilis. Des indications comparées des injections de calomel et des injections d'huile grise, et des indications générales de la méthode des préparations insolubles. Ann. de Derm. 3. VII. p. 163. (Soc. franc. de Derm. et de Syph.) — 35) Vollmer, E., Syphilis und Soolbäder. Monatsh. f. pract. Dermatol. No. 11. Bd. XXIII. — 36) Waelsch, Ludwig, Ueber Behandlung der Syphilis mit Kaliumquecksilberhyposulfit. Prager med. Wochenschr. No. 30—36. — 37) Weisz, Feodor, A Syphilis Serumtherapiajahoz. Gyagyaszat. No. 23. (Ein Vorschlag, die Serumtherapie der Syphilis auf breiterer Grundlage in Anwendung zu bringen.) — 38) Westerfield, C., Die Heilung der Syphilis. Wiesbaden.

Boeck's (6) erste Versuche einer Serumtherapie der Syphilis reichen bereits in das Jahr 1890 zurück; 12 Fälle recenter Secundärlues wurden mit dem Hydro-

celenserum eines mit florider Frühsyphilis behafteten Mannes behandelt. Von 4 der so behandelten Kranken, welche in constanter Evidenz blieben, weisen 3 bisher (also seit 5 Jahren) keine Recidive auf. Seit November 1894 erprobte B. bei 7 Patienten ein Serum, das von einem Manne stammte, der vor 6 Jahren Syphilis acquirirt hatte und derzeit an einer Epididymitis mit Hydrocele litt, welche sich als Recidiv einer vor zwei Jahren durchgemachten und mittelst Jodkali geheilten Epididymitis syphilitica declarirte.

Zur Behandlung wurde das steril aufgefangene und filtrirte Hydrocelenserum verwerthet, welches in Form subcutaner Injectionen (Rücken) in der Dosis von 10 bis 80 g in 2tägigen Intervallen zur Application kam.

In 6 Fällen begann die Behandlung noch vor dem Auftreten von Allgemeinerscheinungen (in der II. Incubation), in einem bei manifestem Exanthem. Ausser den Seruminjectionen fanden keine Specifica Anwendung, abgesehen von einem Falle, wo etwas Jodkali wegen einer vorübergehenden Periostitis ossis frontis gegeben wurde, weil kein Serum mehr zur Verfügung stand. Einige Kranke erhielten etwas Chinin und Eisen, doch sehr wenig.

Der Einfluss der Injectionen wird als auffallender hingestellt. Die Primärsymptome (Initialsclerose und regionäre Drüsenanschwellung) zeigten eine schnellere Involution als bei exspectativem Verhalten.

Die Eruption der secundären Erscheinungen ist in den früh behandelten Fällen (II. Incubation) im Ganzen etwas verzögert worden. Die Secundärsymptome sind im hohen Grade abgeschwächt gewesen, die Exantheme zum Theil kaum bemerkbar, besonders auffallend die Geringfügigkeit der Schleimhautaffectionen.

Die secundäre Eruptionsperiode erschien im Ganzen bedeutend abgekürzt, dieselbe belief sich in 6 Fällen durchschnittlich auf 4 Monate und 12 Tage, so dass alle Erscheinungen durchschnittlich 6 Monate und drei Wochen nach stattgehabter Infection geschwunden waren. Die Injectionen erwiesen sich um so wirksamer, je früher dieselben instituirt wurden. An Wirksamkeit war dieses tertiäre Serum dem früher angewandten der Secundärperiode überlegen.

Boeck erblickt in dem Ergebnisse seiner Antitoxinbehandlung einen wesentlichen therapeutischen Nutzen, welcher der theoretischen Erwägung voll entspricht, dass den naturgemäss sich im inficirten Organismus bildenden Antikörpern, ein ihnen gleichwerthiges unterstützendes Additament dargereicht werde.

Glück (10) hält die 3—5 proc. Sublimatinjectionen gegen schwere Erscheinungen der secundären Periode als rasch und gründlich wirksam. In Form progressiver wie auch regressiver Injectionen wirken dieselben unter Ermöglichung genauester Individualisirung, auch ohne Localbehandlung, besonders günstig auf die Kehlkopfsyphilis ein.

60 Patienten erhielten bei einer mittleren Behandlungsdauer von 31 Tagen durchschnittlich je 6 Injectionen, wobei pro Kopf 16,2 cg Sublimat verbraucht wurden. Die kürzeste Behandlungsdauer währte 12 Tage (Fall von Kehlkopfsyphilis, Recidive nach 50,3 g Inunctionen), die längste 91 Tage (8 Monate alte unbehandelte papulöse Form, 11 Injectionen mit zusammen 41 cg Sublimat).

Unter 365 Injectionen wurden 9 mal unangenehme Folgeerscheinungen (schmerzhafte Infiltrate, Enteritis) beobachtet.

Greene (12) sah in 6 Fällen von Syphilis die verschiedentlichen Eruptionen auf Injectionen von Erysipel- und Bacill. prodigiosus-Serum in wenigen Tagen schwinden. Die Injectionen wurden mit unfiltrirtem, sterilisirtem Serum vorgenommen, dieselben provocirten weder Abscesse noch sonstige Complicationen. Ein Wiedererscheinen der specifischen Läsionen war in mehreren der Fälle zu verfolgen.

Herxheimer (15) modificirt die übliche Inunctionsbehandlung der Art, dass die Salbe nicht eingerieben, sondern mit der Flachhand auf den betreffenden Körpertheil mit gleichmässigen Schlägen eingeklatscht wird und zwar so lange, bis die Salbe für das Auge nicht mehr sichtbar ist. Tagesdosis 6 g in 2 Theilen. Applicationsdauer bis zum völligen Verschwinden der Salbe 10 Minuten. Behandelt wurden 270 Fälle von Syphilis, 91 Männer, 179 Weiber. Nebenwirkungen: Cutane Reizerscheinungen 8 mal, solche des Darmes 8 mal, Stomatitis 27 mal, Albuminurie 2 mal.

Als Vortheile des Verfahrens werden Sauberkeit und Zeitersparniss, sowie Einfachheit der Technik angeführt.

Jadassohn (16) folgert aus instructiven einschlägigen Wahrnehmungen, dass für das Zustandekommen von Hg-Dermatosen in erster Linie eine specifische Empfindlichkeit, eine Idiosyncrasie nothwendig sei, diese ist weitaus häufiger an der allgemeinen Decke als an den Schleimhäuten zu constatiren. Da es localisirte Idiosyncrasien der Haut giebt, kann letztere nach dieser Richtung nicht ohne Weiteres als ein einheitlich sich verhaltendes Organ angesehen werden.

Die nächstliegende Erklärung für die Differenz der Wirkung intern und extern gegebenen Hg's ist zweifellos die, welche die Quantität, d. h. die Concentration des mit der Haut in Berührung kommenden Hg in Betracht zieht. Diese ist bei jeder externen Application grösser, als auch bei energischster interner Medication.

Wir könnten uns demnach vorstellen, dass die Mehrzahl der Menschen, welche eine Hg-Idiosyncrasie haben, diese nur gegen die stärkere, weil concentrirte Reizwirkung des extern angewandten Hg äussern und dass nur wenige so empfindlich sind, dass sie auch gegen die normalen, bei subcutanem und innerem Gebrauch in die Haut selbst gelangenden Mengen, reagiren. Fälle, welche diese Annahme zu entkräften geeignet wären, d. h. solche, bei welchen die externe Application des Hg tolerirt wurde, während die interne Verabreichung ein Exanthem erzeugte, sind, von einem Falle Moret-Lavallée's abgesehen, nicht bekannt. Neben der quantitativ differenten Wirkung auf die Haut kommen noch chemische Umsetzungen in Frage, die bedingen können, dass in einem Falle die externe, im anderen aber auch nur die interne Medication die Dermatose hervorruft.

Auch die Frage, wo bei bestehender Idiosyncrasie reizend wirkende Mittel angreifen, sollte nach J. nicht durch allgemeine Hypothesen beantwortet werden. Bei der localen Wirkung des Hg muss die Reizung eine periphere sein, gleichviel ob man annimmt, dass sie auf die Gewebselemente oder auf die Gefässwandungen oder auf die nervösen Apparate gerichtet ist; aber auch bei den Hg-Exanthemen nach internem oder subcutanem Gebrauch scheint es J. am einfachsten, eine unmittelbare Wirkung des durch die Circulation in die Haut gelangenden Hg auf die Elemente der Haut und nicht eine solche auf vasomotorische Centren anzunehmen. Die wirklich generalisirten Dermatitiden nach externem Gebrauch werden dann in erster Linie auf dieselbe Weise durch Resorption zu erklären sein, womit übereinstimmt, dass sie am Orte der Application meist am heftigsten sind. Eine gleichsam metastatische Ausbreitung, wie sie Rosenthal annimmt, scheint dem Verf. selbst für die sogen. „springenden" Exantheme nicht wahrscheinlich.

In der Discussion bekennt sich Neisser für die „Quantitätshypothese" Jadassohn's und weist auf die erworbene Idiosyncrasie hin.

Majocci (21) veröffentlicht seine an der Bologneser dermatologischen Klinik, im Verlaufe von 4 Jahren gewonnenen Erfahrungen über Jodol. Ulcera venerea werden prompt zur Ausheilung gebracht, wenn auch eine directe Beeinflussung des Ducrey'schen Bacillus fraglich erscheint, indem derselbe im Geschwürssecrete selbst bis zum Anfang des Heilungsprocesses angetroffen wurde. Zahl der behandelten Fälle 558. Bei Sclerosen (187) und Erosionen des Cervix (31) sah Verf. von einer Combination von Jodol und Calomelpulver aa günstige Erfolge. Gegenüber früheren Präparaten soll die heute in Umgang gebrachte Verbindung eine grössere Beständigkeit aufweisen.

Müller's (22) Untersuchungen über die Einverleibung verschiedener Quecksilbersalben in die Haut haben das mechanische Eindringen der Salbengrundlagen vom klinischen und histologischen Standpunkte aus in Angriff genommen. Applicirt wurden: die officinelle graue Salbe, Resorbinquecksilber 33$^1/_3$ pCt., Mollinum Hydrargyri 33$^1/_3$ pCt. und Hg-Vasogen 33$^1/_3$ pCt. — mittelst Inunction, Ueberstreichung und Einklatschung — einverleibt. Am besten bewährt sich nach diesen Versuchen das Resorbin-Präparat, sowohl in Form von Inunctionen, als auch Einklatschungen angewandt. Für Einklatschungen ungeeignet erscheint als Vehikel das Mollin, dieses wie auch Vasogen zeigt die meiste Eignung für gewöhnliche Einreibungen. Die officinelle Salbe dringt eingerieben und eingeklatscht gleich gut ein. In der kürzesten Zeit der Application dringt das Resorbin-Hg in die Epidermis und Haarfollikel ein.

Mueller-Kannberg (23) stellte bei 12 Fällen von recenter Syphilis an der Klinik Lewin (Berlin) Heilversuche mit Pferdeserum an. Das Serum wies einen Zusatz von 5 resp. 4 pCt. Tricresol auf. Fast in allen Fällen kann es nach wenigen Injectionen (3—4) von 5 cbcm Serum zu Temperatursteigerung und Urticariabildung, eine günstige Beeinflussung der Luessymptome liess sich in keinem Falle verzeichnen. Die in den einzelnen Fällen angewandte Gesammtserummenge betrug 50 ccm.

Neisser (24) ist geneigt, aus der Gruppe der mercuriellen Dermatosen eine Reihe von Erkrankungen auszuscheiden, welche nach Ansicht des Vortr. nicht durch das Hg, sondern durch unreine Beimischungen oder schlecht zubereitete Hg-Salben provocirt werden. Drei Momente deuten auf eine etwaige Schädlichkeit der im Handverkauf häufig verabfolgten Hg-Salben hin: 1. Die Verwendung flüchtiger Stoffe bei der Extinction des Hg, beziehungsweise beim Parfümiren. 2. Verwendung von Resten anderer Salben, welche zwar nicht ranzig sind, aber reizende Substanzen enthalten. 3. Verwendung von Fettresten von hoher Acidität. Von vielfach verwendeten flüchtigen Stoffen kommt in der Richtung besonders das Terpentin in Betracht, von reizenden Substanzen das Nitrobenzol. Bei Anwendung reiner und in ihrer Zusammensetzung wohlbekannter Quecksilbersalben (Ung. Hydrarg. ciner. benzoatum, Hg-Resorbin-Salbe) sieht N. schon seit Jahren kein mercurielles Erythem auftreten.

Philippson (26) empfiehlt das Quecksilber-Vasogen zur endermatischen Behandlung als 33$^1/_3$ proc. und 50 proc. Salbe. Die Art der Zusammensetzung ermöglicht die vollkommene Einreibung in der Hälfte der Zeit, welche die officinelle graue Salbe erfordert.

Le Pileur (27) macht seit dem Jahre 1893 Injectionen mit grauem Oel. Behandelt wurden bisher 600 Kranke (563 Frauen) mit 3500 Injectionen. Schmerzhaftigkeit der Injectionen, sowie Abscessbildung waren kaum zu verzeichnen. Embolie trat im Gefolge der Einspritzungen nie auf. Stomatitis entwickelte sich in 35 pCt. der Fälle, meist in der leichten Form der einfachen Gingivitis. Die Pillenbehandlung erzeugte früher 6 pCt. Stomatitis. Verf. berechnet 0,07 g metallisches Hg für eine Injection, die Behandlung erfolgt in einwöchentlichen Intervallen. Das Präparat wird nach der von Vigier angegebenen Formel mit Ol. Vaselini dargestellt.

Rille (31) fand an der Klinik Neumann (Wien) Gelegenheit, sich von der tonisirenden Wirkung des von Robert dargestellten Jodeisenquecksilber-Präparates überzeugen zu können und möchte dasselbe besonders bei mit Scrophulose combinirten Syphilisfällen, sowie bei herabgekommenem Ernährungszustand als brauchbares Antisyphiliticum empfehlen. Anwendung fand die Verbindung bei 37 Kranken der Klinik in Form von Pillen (Haemol. hydrarg. jodat. 10,0, Pulv. Opii pur. 0,8, in Pil. No. L), von welchen 3 mal täglich 2 Stück nach den Mahlzeiten verabreicht wurden. Behandelt wurden 11 Fälle von recenter, 19 Fälle von älterer secundärer Syphilis, sowie 7 Fälle von Spätformen der Haut, Schleimhaut, der Knochen, des Periosts. Zum Schwinden eines mac. Exanthems erster Eruption waren 114, eines papulösen Exanth. 170 bis 282 Pillen erforderlich. Körpergewicht und Hämoglobingehalt des Blutes nahmen während der Medication zu.

Rille (32) resumirt die an Neumann's Klinik mit Ka.Hg. subsulfurosum an 28 Kranken gewonnenen

Erfahrungen dahin, dass in diesem Präparate ein wirksames Antisyphiliticum zu erblicken sei, wenn auch demselben leichte Zersetzlichkeit und unangenehme locale Nebenwirkungen als empfindliche Uebelstände anhaften. Ihren Zweck können nur frisch bereitete Lösungen erfüllen und auch nur dann wenn die Injectionen in grösseren Intervallen und entsprechend höherer Dosirung vorgenommen werden.

Waelsch's (36) mit dem HgKa subsulfurosum an 72 Kranken der Prager Klinik (Pick) ausgeführte Injectionsversuche, haben kein sehr ermuthigendes Resultat gezeitigt. Wirksam gegen die Manifestationen, verursachen die Injectionen doch unliebsame, selbst schwere Complicationen wie: Schmerzhaftigkeit, Abscesse an der Applicationsstelle, Stomatitis, Enteritis, Temperatursteigerung u. a., welche den practischen Werth des Mittels sehr in Frage stellen. Die Dreser'schen Einspritzungen kommen in concentrirter (0,9:20,0 Aq.) und diluirter (0,45:20,0) Solution zur Anwendung. Besser vertragen wurden im Allgemeinen die conc. Lösungen. Als besonderer Nachtheil des Präparates ist noch die leichte Zersetzlichkeit hervorzuheben.

V. Hereditäre Syphilis.

1) Audeoud, H., La néphrite dans la syphilis héréditaire. Revue méd. de la Suisse Romande. XVI. No. 8. — 2) Albers-Schönberg, H., Ueber fötale Syphilis. Münch. med. Wochenschr. No. 19. — 3) Balzer, F., Gangrène de la muqueuse du palais dans un cas de syphilis infantile héréditaire. Ann. de Derm. 3. VII. p. 56. Soc. franc. de Derm. et de Syph. 10. Avril. — 4) Burchardt, Ueber hereditär-luetische Hornhautentzündung. Berl. klin. Wochenschr. No. 10. Gesellschaft d. Charité-Aerzte. Sitz. vom 7. Nov. 1895. (Demonstration von interstitiellen Keratitisfällen in Combination mit sogenannten Hutchinson-Zähnen. In der Discussion wenden sich Heubner und Lewin gegen die pathognomonische Bedeutung der Keratitis interstit., sowie der Triade Hutchinson's überhaupt.) — 5) Caspary, Zur Genese der hereditären Syphilis. Arch. f. Derm. XXXIV. Bd. — 6) Derselbe, Ueber bleibende Zeichen hereditärer Lues. Verhandlungen d. 68. Versamml. deutscher Naturf. u. Aerzte in Frankfurt a. M. — 7) Coutts, J. A., The Hunterian Lectures on Infantile Syphilis. The Lancet. 11., 18., 25. April und The Brit. med. Journ. 25. April. — 8) Donner, H., Ueber Spätformen von angeborener Syphilis. Leipzig. Schwabe. — 9) Feulard, H., Stigmates de syphilis héréditaire. Cicatrices labiales, kératite, altérations dentaires. Ann. de Derm. 3. VII. 1043. Soc. franc. de Derm. et de Syph. 9. Juillet. — 10) Fricke, Karl, Ueber die Lues der Neugeborenen. Inaug.-Dissertation. Berlin. (Eine Beschreibung der klinischen Erscheinungen und anatomischen Veränderungen bei Lues hereditaria.) — 11) Fournier, A., Syphilis héréditaire tardive chez une malade âgée de 53 ans. Ann. de Derm. 3. VII. Soc. franc. de Derm. et de Syph. 13. Mai. — 12) Gaston et Barasch, Syphilis héréditaire. Arrêts de développement multiples. Infantilisme. Ann. de Derm. 3. VII. p. 734. Soc. franc. de Derm. et de Syph. 13. Mai. — 13) Harding, George F., A case of syphilis in mother and child with unusual history. Boston med. and surg. journ. No. 4. — 14) Heubner, Otto, Syphilis (hereditaria, acquisita, tarda) im Kindesalter. Sonderausgabe aus Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten. Tübingen. Laupp. — 15) Laugier, L'ésions syphilitiques du cordon ombilical. Journ. des malad. cut. et syphilitiques. Mai. p. 271. — 16) Legrain, E., Syphilis héréditaire tardive. Syphilomes chancriformes de la verge. Ann. de Derm. 3. VII. Soc. franc. de Derm. et de Syph. Séance d. 11. VI. — 18) Ogilvie, George, The exceptions to Colles' Law. Med. chir. transact. Vol. 79. (Kritische Beleuchtung der Exempla von Ranke 1878 und Merz 1889.) — 19) Ohanian, Chr., Des affections hérédo-syphilit. de l'oeil. Thèse. Genf. Stapelmohr. — 20) Parker, Robert William, Is inherited syphilis contagious? Edinburgh Joun. June. — 21) Pollak, Alois, Zur Kenntniss der Motilitätsstörungen bei der hereditären Syphilis. Deutsche med. Wochenschr. No. 2. (Ein Fall von Pseudoparalyse der l. ob. Extremität bei 2 Tage altem heredosyphilitischem Knaben. Zur Erklärung wird mangelhaftes Bewegungsvermögen des neugeb. Kindes, specifische Affection des Centralnervensystems und Compression der Nerven durch Geschwulst in Frage gezogen. Die Epiphysenerkrankung genüge nicht zur Deutung der Erscheinung.) — 22) Silex, P., Pathognomonische Kennzeichen der congenitalen Lues. Berl. klin. Wochenschr. No. 7 u. 8.

Audeoud (1) gelangt an der Hand eines einschlägigen Falles und des vorliegenden literarischen Materiales zur Auffassung, dass die Existenz einer Nephritis auf heredosyphilitischer Basis zugestanden werden muss und die Erkrankung einer antiluetischen Medication zu weichen vermag. Die Läsion kann sich unter den Bilde der acuten parenchymatösen, der interstitiellen oder amyloiden Erkrankung präsentiren.

Albers-Schoenberg (2) betrachtet das klinische und poliklinische Material faultodt und todtgeborener Früchte der Leipziger Frauenklinik vom Standpunkt der Aetiologie und Diagnose. Unter 47 macerirt-sanguinolenten Früchten, welche secirt wurden, fanden sich 5 = 10,6 pCt., die mit grösster Wahrscheinlichkeit nicht syphilitisch waren, bei 3 Fällen = 6,37 pCt. war die Entscheidung nicht möglich. 39 waren sicher luetisch = 82,9 pCt. Aus der Untersuchung der Gewichtsverhältnisse geht hervor, dass in erster Linie die Milz, dann die Leber, die Niere, die Lungen und schliesslich das Herz eine Gewichtsvermehrung in Folge des syph. Processes erfahren. Die Placenta zeigte in 42 Fällen, im Verhältnisse zum Körpergewicht und dem fötalen Alter 35mal = 83 pCt. eine Gewichtszunahme. Von 32 untersuchten Müttern faultodter Früchte waren 24 = 75 pCt. unzweifelhaft syphilitisch, 6 boten keine Zeichen von Lues. 5 Frauen kamen trotz der eingeleiteten Therapie mit luetischen macerirten Früchten nieder.

Caspary's (5) Betrachtungen gipfeln in dem Ausspruch, dass die Placenta als undurchgängig gegen die syphilitische Infection wirken kann und meist auch so wirkt. Erhärtet scheint diese, der alten Kassowitzschen Lehre entsprechende Auffassung durch eine Reihe eigener Beobachtungen, von welchen aber nur eine einzige als einwandsfrei bezeichnet werden darf und auch nur sofern das Fehlen der syphilitischen Osteochondritis als pathognomonisch gelten kann.

1. Eine 22 Jahre alte Frau wird im 6. Graviditätsmonate von ihrem, vor einem Jahre luetisch gewesenen Manne inficirt. Sclerose der rechten Brustwarze, Scleradenitis, maculöses Exanthem. Keine Allgemeinbehandlung. Partus eines gesunden Kindes zur rechten Zeit, welches jedoch 4 Wochen alt unter den Symptomen eines acuten Darmcatarrhs starb. Die Section (Nau-

werk) ergab die Abwesenheit jedes für S. sprechenden Symptoms, vor allem war keine Osteochondritis specif. zu constatiren.

2. 20 jähriges Mädchen zeigt im 6. Monat der Schwangerschaft recente Lues, Allgemeinbehandlung. Partus eines Kindes ohne Zeichen von Lues, das Kind stirbt jedoch 13 Tage alt! Anatomische Diagnose Peritonitis sero-fibrinosa. Harnsäureinfarct der Nierenpyramiden.

3. 27 jähr. Frau bietet maculo-papulöses Exanthem. Specifische Therapie. Partus eines gesunden Kindes — stirbt 4 Wochen alt! an acutem Darmcatarrh. Sectionsdiagnose: Hyperämie der Lungen, Pleuralblutungen!!

4. Eine Frau giebt an, im 2. Monat der Gravidität Lues acquirirt zu haben, zeigt wenige Tage vor dem Partus maculo-papulöses Exanthem (Recidive). Das Kind ist 4 Wochen alt mit papulösem Syphilide behaftet, nach wenigen Wochen Exitus letalis. Bei der Section ist ausgeprägte Osteochondritis epiphysaria festzustellen.

Derselbe (6) misst linearen Narben im Gesichte, einer Form von Hutchinson-Zähnen sowie einer gewissen Tibiaaffection für hereditäre Syphilis pathognostische Bedeutung bei.

Coutts (7) erörtert die reichen Erfahrungen, welche ihm ein imposantes Beobachtungsmaterial in Shadwell in Bezug auf ererbte Syphilis ermöglichte. Die Controle erstreckte sich auf 200 Familien.

Bei 100 Frauen, deren Ehemänner Lues durchmachten, sie selbst aber keine specifischen Symptome darboten, kamen 563 Schwangerschaften vor, davon endeten mit Abortus 187, 193 Kinder starben bald nach der Geburt, 183 blieben am Leben, hieraus resultirt eine Mortalität von 56,6 pCt.

100 mit Lues behaftete Frauen, deren Gatten meist auch syphilitisch waren, wiesen 539 Graviditäten auf; Abortus erfolgte in 189 Fällen, Tod nach der Geburt bei 203 Kindern, am Leben blieben 147 Kinder; die Mortalität stellt sich hier höher, nämlich auf 58 pCt.

Häufig begegnet Verf. als einzigem auf Syphilis zu beziehenden Signum, dem congenitalen Marasmus; die manifesten Luessymptome machten sich in C.'s Beobachtungen meist im 2. Lebensmonat geltend. Als Besonderheit hervorgehoben erscheint die von Barlow beschriebene „syphilitische Furunculose".

Viscerale Läsionen fand Coutts bei 100 Fällen von Heredosyphilis, in der Milz (63 pCt.) und Leber (interstitielle Hepatitis).

An tausenden von Fällen gewonnene Wahrnehmungen drängen Verf. zu der Anschauung, dass sich die hereditäre Syphilis nur höchst ausnahmsweise als infectiös erweist, ebenso lässt C. auch den ersten Theil des Colles'schen Gesetzes nur bedingt gelten, vermag jedoch beweiskräftige Fälle, in welchen hereditärluetische Kinder ihre Mütter inficirten, nicht anzuführen.

Harding's (13) Publication liefert einen werthvollen Beleg gegen die Allgemeingültigkeit des Profeta'schen Gesetzes. Eine 38jährige Frau wird nach einjähriger Ehe von ihrem Manne luetisch inficirt im Jahre 1891, die Lues des Mannes ist recenten Ursprungs und wurde von demselben während einer mehrmonatlichen Abwesenheit vom Hause acquirirt. Während der gegen ein papulöses Exanthem und Plaques muqueuses der Frau dirigirten Allgemeinbehandlung erfolgt die Conception. Das rechtzeitig geborene Kind zeigt keinerlei Krankheitserscheinungen. Im Jahre 1894 wird das 3 Jahre alte Kind (Mädchen), welches bis dahin keinerlei Lues-Symptome aufwies und aus äusseren Gründen von den älteren getrennt aufgezogen wurde, von der heimgekehrten Mutter mit Lues inficirt. Die Frau theilte seit einiger Zeit mit dem Kinde das Bett und soll zur Zeit der Infection des Kindes ein pustulöses Syphilid aufgewiesen haben. Die Infection erfolgte am rechten Vorderarm an einer aufgerissenen Stelle, November 1894. Januar 1895 papulöses Exanthem, Februar Papeln der Vulva, ad anum, Plaques im Munde, sowie universelle Drüsenschwellung beim Kinde.

Heubner (14) behandelt den umfangreichen Stoff der Heredosyphilis in dem eng bemessenen Raume des Gerhardt'schen Handbuches der Kinderkrankheiten in einer Ausführlichkeit und Genauigkeit, der man sonst nur in den grossen Monographien, welche dieses Specialthema zum Gegenstande haben, zu begegnen pflegt. Die Lehre der Vererbung findet eine präcise, den neueren Anschauungen adaptirte Darstellung, nicht minder sorgfältig ist das pathologisch-anatomische und klinische Bild der Heredosyphilis ausgearbeitet; in welchen Abschnitten Verf. nicht nur den allerneuesten Forschungsergebnissen kritisch Rechnung trägt, sondern auch einer interessanten zum Theil aus eigenen Wahrnehmungen recrutirten instructiven Casuistik Raum zu schaffen vermag. Die Syphilis hereditaria tarda lässt Verf. in dem Sinne gelten, dass die Kranken bereits an hereditärer Säuglingssyphilis gelitten haben. Die einschlägigen Erkrankungsformen und Kennzeichen, die als pathognostisch hingestellten Merkmale erfahren eine eingehende sachliche Würdigung, desgleichen die therapeutischen Maassnahmen, welche in allgemeinerer Uebung stehen. Ein Literaturverzeichniss, das kaum eine namhaftere Arbeit über die behandelten Fragen vermissen lässt, completirt zur practischen Orientirung die vorzügliche Abhandlung und dient gleichzeitig als Gradmesser für den Fleiss, der bei Verfassung der Monographie aufgeboten wurde.

Laugier (15) berichtet über zwei Beobachtungen von syphilitischen Affectionen der Nabelschnur. Die eine gehörte einem syphilitischen Fötus an, die andere war macerirt. Die Venen weisen eine tiefe Endo- und Periphlebitis auf, in den Arterien besteht geringe Endarteriitis und an einigen Stellen geringe Periarteriitis. Das Schleimgewebe zwischen Aorta und Vene enthält einige Züge von Rundzellen. Diese Veränderungen befinden sich hauptsächlich in der Nähe der Placenta. Macroscopisch findet man bei ähnlichen Läsionen, Induration der Schnur, Verdichtung der Gefässwände, Stenose der Gefässe, höchst selten eine Auflösung der Wharton'schen Sulze.

Parker (20) vermag nur mit wenig stichhaltigen Argumenten seine Auffassung zu stützen, dass es sich in der Mehrzahl der als Syphilis hereditaria gedeuteten Fälle nicht um Syphilis handelt und diese congenitalen Erkrankungsformen nicht contagiös seien. Gegen das Colles'sche Gesetz macht Verf. andererseits geltend, dass heredosyphilitische Kinder ihre gesunden Mütter

zu inficiren vermögen! Auch lässt P. die Infectiosität der Lymphe solcher mit „echter" ererbter Syphilis behafteter Kinder gelten, wobei ihm der von Buchanan citirte Fall Dr. Cory's (positive Selbstimpfung aus Impfpusteln heredosyphilitischer Kinder) vorschwebt. Von den Fällen der ererbten Lues sieht Verf. nur jene als wahre Syphilisexempla an, deren Manifestationen sich als contactinfectiös (!) erweisen.

Silex (22) misst unter den vielfach geltend gemachten Kennzeichen der Heredosyphilis nur den folgenden Läsionen eine pathognomonische Bedeutung bei: 1. Einer Chorioiditis areolaris (atrophische Herde in der Chorioidea und Pigmentwucherungen); 2. der bekannten Veränderung der oberen mittleren Schneidezähne (centrale Ausnagung mit Schmelzverlust, Längsriefung) und 3. eigenthümlichen Pseudonarben, welche als furchenartige Epitheleinziehungen kranzförmig die Lippen umsäumen und auch im Gesichte auftreten.

Die Radiärnarben der Mundwinkel (Lesser, Krisowski) lässt S. nicht für pathognom gelten, indem solche mehr bei scrophulösen Eczemen anzutreffen seien.

In der anschliessenden Discussion der Berliner med. Gesellschaft (5. Februar) stellt Busch die diagnostische Bedeutung der sog. Hutchinson-Zähne in Abrede, Blaschko erblickt gleich Silex in der Keratitis parenchymatosa nicht [eine Erkrankung, welche nur der hereditären Lues eigenthümlich sei; die Zahndifformitäten hingegen werden nur der Heredosyphilis zugesprochen. Lewin hält die Zahnveränderung für kein absolut sicheres Kriterium der congenitalen Lues. Hirschberg bezeichnet die Zahnalteration, sowie Hornhautenzündung und Chorioiditis als characteristisch für die fragliche Erkrankung, ebenso Köbner.

VI. Tripper.

1) Adry, Ch., Sur les folliculites lymphatiques du prépuce au cours de la blennorrhagie. Ann. de Derm. 3. VII. Soc. franc. d. Derm. et d. Syph. 11. Avril. — 2) Aquila, Ein Fall von extragenitaler Tripperinfection. Monatshefte f. practische Dermatol. Bd. XXIII. Heft 1. — 3) Baer, Theodor, Ueber die Rectalgonorrhoe der Frauen. Deutsch. med. Wochenschr. No. 8. — 4) Derselbe, Zur Wirkung des Jodkali in der Frühperiode der Syphilis. Therapeut. Monatshefte. October. S. 542. (B. constatirt, dass die wuchernden Efflorescenzen der Früheruption bei Lues unter Jodkali-Medication [1—20 g pro die] rasch zur Involution gelangen.) — 5) Boltz, R., Ueber die Resultate der Blennorrhoebehandlung mittelst Argonin. Monatshefte f. pract. Dermatol. Bd. XXIII. Heft 8. S. 385. — 6) Borzecki, E., Zur Behandlung der männlichen Gonorrhoe nach Janet. Przegl. lekarski. No. 33 u. 34. — 7) Bukowsky, J., Ueber Therapie der Gonorrhoe nach Janet's Methode. Wien. med. Wochenschr. No. 26. (Berichtet über ungünstige Erfolge des Irrigationsverfahrens bei 21 Kranken der Klinik Janovsky-Prag.) — 8) Finger, E., Die Gonococcenpyämie. Wien. klin. Wochenschr. No. 14. (Eine kritisch-historische Studie über die metastatisch-blennorrhoischen Gelenk-, Herz- und Augenaffectionen, sowie der blennorrhoischen Haut-, Gefäss- und Nervenläsionen.) — 9) Derselbe, Die Therapie der acuten Blennorrhoe der Harnröhre. Wien. med. Wochenschr. No. 34—47. Aus der 4. Auflage der Monographie: Die Blennorrhoe der Sexualorgane. — 10) Gutheil, Arthur, Ueber die Behandlung der Gonorrhoe mit Argonin. Deutsch. med. Wochenschr. No. 35. (In 15 genau verfolgten Fällen von Blennorrhoe waren die Gonococcen im Mittel nach 8—9 Tagen auf Argonininjectionen [1—2 pCt.] verschwunden.) — 11) Fürbringer, P., Tödtliche Cerebrospinalmeningitis und acute Gonorrhoe. Ebendas. No. 27. — 12) Garofalo, A., Il trattamento con l'ittiolo delle infezioni blenorragiche della donna. Bollet. della Soc. Lancisiana. XV. 2. (7 Fälle von Colpitis und Cervicitis mit Ichthyol-Glycerin behandelt.) — 13) Goldberg, Berthold, Weitere Mittheilung zur Abortion der Gonorrhoea incipiens. Centralbl. f. inn. Med. No. 41. (Von 14 beginnenden Blennorrhoen mit Janet's Abortivmethode 7 in 1 Woche, 6 in 2 Wochen geheilt.) — 14) Derselbe, Die Technik der Harnröhrenspülungen zur Behandlung des Trippers. Deutsch. med. Zeitung. No. 26. (Eine Erörterung des Janet'schen Verfahrens.) — 15) Derselbe, Die Behandlung des Trippers durch Spülungen mit übermangansaurem Kali. Centralbl. f. die Krankh. der Harn- u. Sexualorg. Bd. VII. Heft 3 u. 4. — 16) Derselbe, Ueber Albuminurie bei Blennorrhoe. Monatshefte f. pract. Dermatol. Bd. XXIII. — 17) Guépin, A., Deux cas de prostatite blennorrhagique subaiguë. Gazette médicale de Paris. No. 16. 18. April. — 18) Derselbe, Ecoulement uréthral chronique d'origine glandulaire. Guérison. Ibidem. No. 10. (Recidivirende hartnäckige Blennorrhoe eines 19 jähr. Mannes heilt definitiv, nachdem das congenitalstenosirte Orific. extern. erweitert wird.) — 19) Hartmann, E., Die Beh. u. Heil. d. übertragb. Harnröhren-Entzündung. Hagen. — 20) Heiman, Henry, Klinische und bacteriologische Studie über das Vorkommen des Gonococcus (Neisser) in der männlichen Harnröhre und im Vulvo-Vaginaltractus der Kinder. Arch. f. Dermat. Bd. XXXV. Referirt aus „New York Med. Record" 22. Juni 1895 im Jahresbericht 1895. S. 590. (No. 45.) — 21) Derselbe, A further study of the biology of the Gonococcus (Neisser), with contributions to the technique: A paper based on the morphological and biological examination of exudates in cases of chronic urethritis. Medical Record. 19. December. p. 887. — 22) Heller, Ueber experimentelle Blennorrhoe bei neugeborenen Kaninchen. Berlin. klin. Wochenschr. No. 30. — 23) Hopkins, J. Herbert, Gonorrhoeal Inflammation. Medical Record. 23. May. — 24) Hotaling, A. S., The use of permanganate of zinc in the treatment of gonorrhea with a report of fifty cases. Med. News. 7. November. p. 517. — 25) Howald, W., Behandlung der Gonorrhoe mit Airol. Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. No. 24. 15. December. (20 Fälle acuter Blennorrhoe erfolgreich mit Airolemulsion [10 pCt.] behandelt. Mit minder günstigem Ergebnisse in 11 chronischen Erkrankungen.) — 26) Jordan, Arthur, Ueber die Microorganismen des Ulcus molle. St. Petersburger med. Wochenschr. No. 1. — 27) Isaac, Ueber den Werth der Salbenbehandlung bei der chronischen Gonorrhoe. Verhandl. d. deutsch. dermatol. Ges. 5. Congress. S. 491. — 28) Klein, G., Die Gonorrhoe des Weibes. Berlin. — 29) Kolischer, Gustav, Eine Spätform der gonorrhoischen Cystitis beim Weibe. Wiener med. Presse. No. 42. — 29a) Lanz, A., Eine neue Urethralspritze. Deutsche med. Wochenschrift. No. 41. — 30) Derselbe, Ueber den diagnostischen Werth der microscopischen Untersuchungen der weiblichen Genitalsecrete. Allgem. med. Central-Zeitung. No. 68. — 31) Lewin, Arthur, Zur Argoninbehandlung der Gonorrhoe. Berl. klin. Wochenschr. No. 7. (Prompte Wirkung in 12 Fällen acuter Blennorrhoe der Poliklinik Posner. Secret gonococcenfrei in 2 bis 6 Tagen bei 9 Kranken.) — 32) Leyden, E., Ueber die inneren Metastasen der Gonorrhoe. Dermatol. Zeitschr. Bd. III. H. 1. (Allgemeine Betrachtungen über Meningo-Myelitis und Endocarditis gonorrhoica.) — 32a) Malling, C., A Hjelpmiddel ved Behandlingen af den chroniske Go-

norrhoe. Hosp. Tid. 4. R. IV. p. 1203. (Der Verf. empfiehlt als neue [!] Behandlung der chronischen Urethritis Massage.) — 33) Merlin, Johann, Ueber die Behandlung der acuten Gonorrhoe und der venerischen Bubonen mit Airolemulsion. Wiener med. Blätter. No. 40. — 34) Michaelis, Ad. Alf., Gonorrhoea urethrae, ihre Behandlung und Heilung. Leipzig. — 35) Möller, Magnus, 100 Fälle von Urethritis gonorrhoica behandelt nach Janet's Methode. Arch. f. Dermat. XXXV. Bd. Hygiea. LVIII. 3. p. 263—277. — 36) Mursell, Temple, A case of suppurative parotitis following upon Gonorrhoea. The British med. Journ. Febr. 1. (Im Anschlusse an Blennorrhoe Lymphadenitis suppurativa ing. dext., Orchitis und suppurirende Parotitis bei einem 30jähr. Manne [keine bacteriologische Exploration].) — 37) Neisser, A., Ueber die Bedeutung der Gonococcen für Diagnose und Therapie der weiblichen Gonorrhoe. Verhandl. d. 68. Versamml. deutscher Naturf. u. Aerzte in Frankfurt a. M. — 38) Nobl, G., Zur Prophylaxis der blennorrhoischen Infection beim Manne. Centralbl. f. die gesammte Therapie. Heft VII. — 39) Derselbe, Ueber Radicalbehandlung der venerischen Bartholinitis. Jahrbuch der Wiener Krankenanstalten. — 40) Pardo, G., Sull' uso terapeutico dell' Argentammina. Bollet. della Soc. Lancisiana. XV. 1. — 41) Parizeau, L'arthrite blennorrhagique aiguë et son traitement par l'arthrotomie précoce. Gazette hebdom. de méd. et de Chir. No. 80. — 42) Pezzoli, C., Zur Histologie des gonorrhoischen Eiters. Arch. f. Dermatol. XXXIV. Bd. — 43) Piéry, De l'emploi de l'acide carbonique à l'état naissant dans le traitement de la blennorrhagie chez la femme. Lyon méd. No. 26. — 44) Robinson, J. M., Systemic infection from gonorrhoea with the report of a fatal case. Medical News. August 29. (Ein letal verlaufener Fall schwerer Septicaemie, dessen ursächliche Beziehung zu Blennorrhoe angenommen wird.) — 46) Sänger, Ueber residuale Gonorrhoe. Verhandl. d. 68. Versamml. deutscher Naturf. und Aerzte in Frankfurt a. M. (Unter dieser Bezeichnung werden jene pathologischen Zustände subsumirt, welche im Gefolge der gonorrhoischen Infection auftreten können.) — 47) Sée, M., Le gonocoque. Paris. — 48) Singer, Gustav, Ueber Gonococcenpyämie. Wiener med. Presse. No. 29. — 49) Schäffer, Ueber eine neue Bacterien-Färbung und ihre specielle Verwerthung bei Gonococcen. Verhandl. d. deutsch. dermatol. Ges. 5. Congress. S. 299. — 50) Derselbe, Ueber Desinfectionsversuche an Gonococcen. Ebendaselbst. S. 433. — 51) Derselbe, Demonstration von Gonococcen-Culturen auf verschiedenen Nährböden. Ebendas. S. 284. — 52) Schüller, M., Ein Beitrag zu den gonorrhoischen Gelenksentzündungen. Aerztl. Practiker. No. 17. — 53) Tausig, Hugo, Das Airol ein Ersatzmittel des Jodoforms, seine Wirkung auf Gonorrhoe und Trachom, Wiener med. Pr. No. 41. (Airol-Emulsion [10 pCt.] soll in 6! Fällen von Blennorrhoe nach wenigen Tagen die Heilung! gesichert haben.) — 54) Thayer, William Sydney and George Blumer, Ulcerative endocarditis due to the gonococcus: gonorrhoeal Septicaemia. Bulletin of the Johns Hopkins Hospit. Vol. VII. No. 61. Arch. de Med. Tome VII. (Bereits im Jahrgange 1895 referirt!! S. 591 [No. 74] wo fälschlich statt Thayer „Mayer" gedruckt erscheint.) — 55) Touton, Ueber Provocation latenter Gonococcen. Zeitschrift f. pract. Aerzte. No. 19. (T. empfiehlt zu provocatorischen Zwecken die Ausspülung der ganzen Urethra nach Diday mit dem weichen Catheter mit Arg. nitric. oder Argentannin [0,05 : 200,0].) — 56) Welander, E., Ueber Untersuchung von Weibern mit Rücksicht auf die Diagnose Gonorrhoe. Svenska läkaresällskapets förhandlingar för den 11. Augusti. p. 84—87. — 57) Werler, O., Das citronensaure Silber (Itrol) als Antigonorrhoicum. Berl. klin. Wochschr. No. 37. — 57a) Derselbe, Ueber die Anwendung des citronensauren Silbers (Itrol) bei der Behandlung der Gonorrhoe. Dermatol. Zeitschr. Bd. III. Heft 5/6. — (Ausführlichere Mittheilung des vom Verf. in der Berl. klin. Wochenschr. No. 37. behandelten Gegenstandes.) — 58) Zeissl, M. von, Ueber den Blasenverschluss und über die Trichterbildung in der hinteren Harnröhre. Wiener med. Presse. No. 21, 22.

[Die wichtigsten Schlusssätze der Beobachtungen Möller's (35) können auf folgende Weise zusammengefasst werden:

1. Als abortive Behandlung ist die von Janet anderen bisher geprüften überlegen. Während der ersten 2, 3 bis 4 Tage einer Gonorrhoe eingeleitet, scheint sie mit Gewissheit zu positivem Resultate zu führen.

2. Später, wenn die Krankheit grössere Acuität erreicht hat, hat diese Methode, gleich wie jede andere locale Behandlung, nur geringe Wirkung.

In subacuten und chronischen Stadien von Gonorrhoe ist die Methode in der Regel schnell und sicher wirksam, aber bei stärkerer Dosirung nicht ungefährlich. **A. Fr. Eklund** (Stockholm).]

Baer's (3) Erfahrungen über Rectalblennorrhoe der Frauen wurden in Herxheimer's Abtheilung in Frankfurt gewonnen und bewegen sich vorzüglich in klinischer Richtung. Von 191 an Blennorrhoe erkrankten Patientinnen hatten 67 Rectalblennorrhoe, d. h. 35,7 pCt. aller Blennorrhoekranken. Die Diagnose erscheint nur durch den microscopischen Nachweis von intracellulär gelagerten Diplococcen gestützt, für den Infectionsvorgang wird das mechanische Hineinbringen des blennorrhoischen Secretes in das Rectum als wahrscheinlich angenommen. In der Mehrzahl der Beobachtungen war die Rectalaffection subjectiv kaum markirt.

[E. v. Borczecki (6) hat die Methode von Janet 41 mal versucht und hiermit 28 mal (70 pCt.) einen günstigen Erfolg erzielt. Die Methode bezweckt bekanntlich, durch reichliche, wiederholte Ausspülungen der Harnröhre (bis zu 1 l) mit Kalihypermanganicumlösung eine complete und dauernde Vernichtung der Gonococcen. Die Behandlung hat in den günstigen Fällen nie länger als 9 Tage mit 12 Injectionen gedauert. Verf. hat von dieser Behandlungsweise nie ungünstige Folgen beobachtet. Im Stadium der Acme des acuten Processes ist diese Medication contraindicirt, dagegen giebt sie bei ganz frischen Infectionen als Abortiveur die besten Resultate.

Trzebicky (Krakau).]

Fürbringer (11) liefert einen casuistischen Beitrag, bei welchem es sich um den Fall eines 25jähr. mit florider Urethralblennorrhoe behafteten Mannes handelt, welcher gleichzeitig die Erscheinungen der Cerebrospinalmeningitis bot, die auch rasch zum Tode führten. In der mittelst Quincke'scher Lumbalpunction gewonnenen eitrig getrübten Flüssigkeit wurden den Gonococcen gleichende, in Leucocyten eingeschlossene und auch ausserhalb der Zellen in ziemlicher Menge vorkommende Microorganismen gefunden. Dieser Microorganismus liess sich in gefärbten Ausstrichpräparaten weder nach Form, noch nach Grösse vom Gonococcus unterscheiden. Wohl aber ergab das Culturverfahren ein vom Gonococcus vollständig abweichendes und den Jaeger'schen Angaben vollständig entsprechendes Verhalten, d. h. es handelte sich um den Weichselbaum-schen Meningodiplococcus intracellularis, somit um ein Nebeneinander der blennorrhoischen Localinfection und der allgemeinen Infection mit dem Erreger der epide-

mischen Cerebrospinalmeningitis. Ein Befund, der die Unzulänglichkeit der blos morphologischen und tinctoriellen Determinirung eines Microorganismus als Gonococcus deutlich illustrirt.

Goldberg's (15) Statistik der nach Janet behandelten Fälle von Blennorrhoe ergiebt in 96 proc. Heilung, davon in 60 pCt. ein Sistiren der Erkrankung nach 10 Tagen. Die Misserfolge haben meist äussere, vermeidbare Gründe. Contraindicirt ist das Verfahren bei acuter Entzündung.

Goldberg's (16) Studien über Albuminurie bei Blennorrhoe ergeben aus den eignen Wahrnehmungen, sowie den Ergebnissen anderer Autoren (vornehmlich Balzer und Souplet, Géraud, Fürbringer u. A.), dass in etwa 12 pCt. der Tripper wahre Albuminurie vorkommt. In höchstens 2—3 pCt. kann dieselbe als eine Continuitätserkrankung (Cystoureteropyelonephritis), angesehen werden. Für die meisten Fälle von Albuminurie ($^5/_6$) muss als Ursache eine metastatische blennorrhoische Nephritis angenommen werden, welche im Sinne einer toxischen Nephritis zu deuten wäre.

Heimann (21) bedient sich bei Gonococcen-Züchtungsversuchen einer electrischen Centrifuge. Kranke mit acuter Blennorrhoe uriniren in sterilisirte Eprouvetten, aus welchen dann das in grösserer Menge gewonnene centrifugirte eitrige Sediment, nach Decantiren des Harns, auf Blutserumagar vertheilt wird. 22 auf diesem Wege explorirte Fälle lieferten ein positives Ergebniss. Ebenso 11 Fälle von Colpitis kleiner Mädchen. Aus den Culturversuchen des Autors ergeben sich folgende Conclusionen: das von Hammer (Heidelberg) angegebene Gemenge von eiweisshaltigem Urin und Glycerinagar sichert weniger verlässliche Züchtungsresultate als Rinderserumagar. Die fractionirte Sterilisation des Serums soll sich auf mehr als 6 Tage erstrecken, nach einem 2—3 tägigen Intervall ist es angezeigt die Sterilisation nach an 3 aufeinander folgenden Tagen fortzusetzen. Als flüssige Nährböden für Gonococcenzüchtung empfehlen sich: flüssiges Rinderserum in Combination mit fermentirter Bouillon, Dunham's Peptonlösung, oder Nährbouillon. Im Gemenge von fermentirter Bouillon und Rinderserum waren Gonococcen durch 51 Tage fortzuzüchten. Bei Zimmertemperatur gehaltener blenn. Eiter (mittelst Centrifugirens gewonnen) zeigt noch nach 48 Stunden virulente Gonococcen. Mit blennorrhoischem Eiter beschickte Leinenläppchen gestatten nach 41 Tagen noch den Nachweis von Gonococcen an Deckglaspräparaten, mit der Gram-schen? Methode. In Fällen chronischer Blennorrhoe sei nur das Culturverfahren zum Nachweise des Krankheitserreger empfehlenswerth. Von 34 microscopisch und culturell explorirten Fällen chronischer Blennorrhoe, zeigten microscopisch 13, culturell 14 Gonococcen.

Verf. ist der Anschauung, dass Gonococcen jahrelang latent in der Urethra vegetiren können, ohne für den Träger krankheitserregend zu wirken, während sie durch Uebertragung bei anderen Individuen eine acute Blennorrhoe provociren.

Heller's (22) Experimente sollen die Uebertragbarkeit der Blennorrhoe auf die Conjunctiva von Kaninchen beweisen. Aus dem Secrete der experimentell erzeugten Conjunctivitis (durch Einimpfung von Gonococcen hervorgerufen) waren keine Gonococcen reinzuzüchten, die Microorganismen des Conjunctivalciters zeigten nicht die für G. typische endoleucocytäre Anordnung und das klinische Bild entsprach nicht der Ophthalmoblennorrhoe.

Jordan (26) fand in 34 Fällen von Ulcera venerea stets im Geschwürssecrete den Ducrey-Unna'schen Bacillus, in der Abscheidung von Sclerosen, Papeln, Acnepusteln war der Streptobacillus immer zu vermissen. Der Belag von Mischgeschwüren (Chancre mixte) wies gleichfalls den für specifisch erachteten Microorganismus auf.

Kolischer (29) bezeichnet als „geschwürige, infiltrirende Cystitis“ eine Erkrankungsform, als deren Charactere bräunliche mit weissen festhaftenden Exsudatmassen bedeckte Flecke der Blasenschleimhaut angegeben werden. Nach Abheben des Exsudates bleiben missfarbig belegte Geschwürsflächen sichtbar, welche eine wallartig infiltrirte Umgebung aufweisen und bei bimanueller Exploration auch der Palpation zugänglich werden. Aehnliche schwere Läsionen sollen in der blennorrhoischen Infection (?) ihre Ursache haben. Als Therapie wird das Curettement der Ulcerationen mittelst des Operationscystoscopes in Vorschlag gebracht.

Lanz (30) folgert aus einer längeren Untersuchungsreihe, dass eine richtige Diagnose und somit auch Behandlung des gonorrhoischen Processes bei Frauen ohne genaue und mehrfache microscopische Untersuchung der Genitalsecrete ganz unmöglich ist.

In der weiblichen Abtheilung des Mjasnitzky-Hospitals in Moskau untersuchte L. 200 Frauen; von diesen hatten 133 Urethritis, wovon 42 (31,5 pCt.) Gonococcen, die übrigen (91) keine Gonococcen enthielten. In 183 Fällen wurde ein Cervixcatarrh beobachtet, worunter sich in 38 (20,7 pCt.) Gonococcen nachweisen liessen. In 43 Fällen von Bartholinitis zeigten 19 (38,7 pCt.) den specifischen Microorganismus. Lediglich Cervicitis existirte in 54 der 200 Fälle, worunter 10 Gonococcen enthielten.

Merlin (33) verzeichnet in 300 Fällen die günstige Beeinflussung venerischer Affectionen durch Airol. 58 Fälle von Blennorrhoe heilten nach Injectionen einer Emulsion (Airol 15,0, Glycerin 105,0, Aqu. dest. 35,0) innerhalb 14 bis 20 Tagen? 38 suppurirende Lymphadenitiden, welche punctirt und mit Airolemulsion-Einspritzungen behandelt wurden, erheischten eine durchschnittliche Heilungsdauer von 14 Tagen.

Nobl (38) erblickt in dem von Blokusewski proponirten Instillationsverfahren (einige Tropfen einer 2 proc. Arg.-Lösung in das Orificium post coitum) einen prophylactischen Behelf, welcher theoretisch wohl begründet erscheint und bei allgemeiner Anwendung gewiss einen Schutzwerth garantiren dürfte. Der Mangel einer jeden Reactionserscheinung, sowie die einfache Application werden an der Hand einer längeren Versuchsreihe geltend gemacht.

Nobl (39) erörtert ein an Lang's Abtheilung geübtes Operationsverfahren bei chronischer Bartho-

linitis, welches in Exstirpation des Drüsenkörpers vom Vestibulum aus besteht und durch Vereinigung der Wände des resultirenden Hohlraumes, einfache Wundverhältnisse und eine rasche Verheilung des Defectes sichert. Zur Ausgleichung der Bucht dienen versenkte Catgutnähte.

Parizeau (41) berichtet über die günstigen Ergebnisse der Arthrotomie und Ausspülung des Gelenkraumes mit antiseptischen Lösungen bei blennorrhoischer Arthritis. Die Wahrnehmungen des Verf.'s beziehen sich auf 11 operirte Fälle Delbet's und Bazy's; eine Ausheilung unter Ankylosenbildung war nur in einem Falle zu verzeichnen, die attaquirte Articulation war meist das Kniegelenk.

Pezzoli (42) constatirt eine Vermehrung der eosinophilen Zellen im Secrete der Urethra, wenn die Urethritis anterior durch eine U. posterior complicirt erscheint. Von den einzelnen Secreten weist in chronischen Fällen den grössten Gehalt an eosinophilen Zellen jenes der Prostata auf, einen geringeren das der Pars posterior, dann Pars anterior, den geringsten das Secret der Littré'schen Drüsen (die Art der Secretgewinnung lässt es sehr fraglich erscheinen, ob die exprimirte Absonderung wirklich den Drüsen entstammt!) Als Ursache der Erscheinung wird angenommen, dass die Prostata unter der Einwirkung der chronisch-entzündlichen Veränderungen die Fähigkeit gewinnt, eosinophile Zellen zu produciren. Die Vermehrung der eosinophilen Zellen im Secrete der acuten Urethritis wird auf eine Vermehrung derselben im Blute bezogen.

Piéry (43) bediente sich einer Brausemischung (Natr. bicarb., Acid. tartaric.) um die freiwerdende Kohlensäure therapeutisch bei Frauen zu verwerthen. Mit der Mischung beschickte Tampons wurden bei mit Vaginismus einhergehender Colpitis in die Scheide eingeführt. Obwohl die Secretion eher zunahm, sistirte doch in allen behandelten Fällen der Vaginismus.

Singer (48) gelangt an der Hand eines, sich auf 5 Fälle erstreckenden, bacteriologisch und zum Theil auch durch die Biopsie explorirten Krankenmaterials zur Auffassung, dass die extragenitalen Complicationen des gonorrhoischen Processes durch Verbreitung der Gonococcen auf dem Wege der Blutbahn entstehen und als Metastasen aufzufassen seien. Diese Metastasen sind den pyämischen gleichzustellen und können auch längere Zeit nach der primären gonorrhoischen Infection gesetzt werden.

In zweien der Wahrnehmungen liess die microscopische und culturelle Prüfung von Gelenkexsudaten Gonococcen nachweisen. In einem dieser Fälle, welcher eine 42jährige mit Rheumatismus des rechten Kniegelenks behaftete Frau betraf und unter pyämischen Erscheinungen (Temperatursteigerung, Decubitus) letal verlief, waren ausserdem noch post mortem aus dem Herzblut, Vena jugularis, Tuben, Peritoneum, die pyogenen Microorganismen, respective Bact. coli zu cultiviren.

Schäffer (49) empfiehlt ausgestrichene und gut fixirte Präparate 5—10 Sec. mit einer filtrirten verdünnten Carbolfuchsinlösung (Fuchsin 0,1, Alcohol 200, 5 pCt. Carbolwasser 200,0) zu färben, abzuspülen und mit einer hellblauen Aethylendiamin-Methylenblaulösung (2—3 Tropfen einer 10 proc. conc. wässrigen Methylenblaulösung auf etwa 10 ccm Aethylendiamin) so lange nachzufärben, bis neben dem röthlichen Farbenton sich eben eine deutliche blaue Farbennuance bemerkbar macht, was — bei richtiger Zusammensetzung der Farstoffe — ungefähr 40 Sec. dauert. Das Präp. wird mit Wasser abgespült und nach dem Trocknen mit Immersion betrachtet.

Bei richtiger Tinction ist das Protoplasma der Leucocyten zart hellroth, die Kerne schwach hellblau und die Gonococcen schwarzblau, so dass dieselben sich ausserordentlich scharf von den übrigen Zellelementen abheben, optisch niemals gedeckt werden können und sich ungemein leicht auffinden lassen.

Schäffer (50) führt aus seinen Desinfectionsversuchen an, dass unter den Antigonorrhoicis hinsichtlich der bactericiden Wirksamkeit die Silbersalze an erster Stelle fungiren. Als ein die Ag-Salze noch überragendes Desinficiens erweist sich das Hg oxycyanatum, es tödtet die Gonococcen in einer Concentration von 1 : 3000 schneller als die übrigen in Betracht kommenden Medicamente. Die Desinfectionskraft der einzelnen Mittel wird unter dem Einflusse der erhöhten Temperatur (50° C., was die Urethra noch gut tolerirt) erheblich gesteigert.

Von pulverförmigen Medicamenten kommt besonders dem Jodoform eine ausserordentlich hohe antigonorrhoische Kraft zu.

Versuche bezüglich des antagonistischen Verhaltens der Gonococcen und anderer Microorganismen zu einander ergaben, dass den Pyocyaneusstoffwechselproducten den Gonococcen gegenüber nicht nur eine entwickelungshemmende, sondern auch eine merkliche abtödtende Kraft zukommt, während das Gonococcenwachsthum auch in der unmittelbaren Nähe von Streptococcen (nach dem Vorgange Garré's im Kreuzstich auf Serumagarplatten geimpft) in keiner Weise beeinflusst oder gehemmt wird.

Schüller (52) bekam im Verlaufe von 6 Jahren 52 Fälle von blennorrhoischem Gelenkrheumatismus zur Behandlung, davon 34 bei Frauen, 18 bei Männern. 34 mal erkrankte nur ein Gelenk, 18 mal mehrere zugleich. Gesammtzahl der ergriffenen Gelenke 78, Knie 29, Fussgelenk 17, Hand- 9, Hüft- 7, Ellenbogen- 6, Schulter- 3, unteres Radio-Ulnargelenk 3, Metacarpophalangealgelenke 3, abnormes Gelenk zwischen Manubrium und Corpus sterni 1 mal. Der bacteriologische Nachweis ist in keinem Falle erbracht; derselbe wird in der Folge sowohl microscopisch als culturell exact zu liefern sein, um die klinisch nicht genügend characterisirte Erkrankungsform als blennorrhoische ansprechen zu dürfen. Therapeutisch bewährte sich dem Verf. die interne Darreichung von Jodkali (3 g pro die) ganz besonders.

[Welander (56) frägt: Auf welche Gründe gestützt sind wir berechtigt, zu bescheinigen, dass ein Weib vom gonorrhoischen Ansteckungsstoffe frei ist? Diese Frage wird so beantwortet, dass kein Urtheil

und kein Zeugniss in dieser Beziehung abgegeben werden darf, falls keine genaue bacteriologische Untersuchung gemacht worden ist, nicht nur durch Färbung, sondern auch durch Cultur. Aber auch in diesem Falle kann man nicht vollkommen sicher sein, sondern das Attest muss mit einer gewissen Reservation abgegeben werden, z. B. dass Gonococcen nicht nachgewiesen werden können. Obgleich die Untersuchungen der Prostituirten auf dem Besichtigungsbureau, wie sie jetzt vor sich gehen, keine grosse Garantie darbieten können und die Forderung, dass alle ihre Genitalsecrete wenigstens zweimal wöchentlich bacteriologisch untersucht werden, auf unüberwindliche Hindernisse stösst, verlangt W. nichtsdestoweniger auf das Entschiedenste, dass die Besichtigung aller Prostituirten noch immer geschehe, weil sie gegen die Verbreitung der syphilitischen Krankheit als nützlich sich erwiesen hat.

A. Fr. Eklund (Stockholm).]

Werler (57) rühmt die gonococcentödtende und energische Tiefenwirkung des Itrols, dessen sich Verf. in der Solution von 0,025 : 200,0 bei acuter Blennorrhoe bedient. Die Silberverbindung verursacht keine Reizerscheinungen, noch Steigerung der Entzündungssymptome in nennenswerthem Maasse.

Zeissl (58) stellte im Laboratorium des Prof. v. Basch an curarisirten Hunden, welchen mit dem oberen offenen Ende bis oberhalb des Caput gallinaginis reichende elastische Catheter in die Harnröhre eingebunden wurden, Versuche an, aus welchen in überzeugender Weise hervorgeht, dass ein Regurgitiren von Flüssigkeiten aus der Harnröhre in die Blase ohne Lähmung des Schliessmuskels nicht stattfinden kann. Die Reizung des N. erigens öffnet den Blasenverschluss und erfolgt diese Oeffnung unabhängig vom Detrusor. Die Wirkung des Erigens in Bezug auf den Sphincter ist als eine depressorische aufzufassen (d. h. eine Erigens-Reizung erzielt die Erschlaffung des Sphincter vesicae internus). Die Reizung der Nervi hypogastrici bewirkt einen Verschluss der Blase gegen die Harnröhre. Die Nervi hypogastrici sind die motorischen Nerven für den betreffenden Schliessmuskel. Der motorische Effect für die ganze Blase ist ein sehr geringer und fällt zuweilen ganz aus.

Das Ergebniss ist speciell für die den Urologen interessirende Frage des Blaserverschlusses von grosser Wichtigkeit. Aus derselben geht nämlich hervor, dass das geringe glatte Muskelbündel, welches sich oberhalb des Caput gallinaginis bei den Experimenten befand, ausreichend ist, um eine unter beträchtlichem Drucke ausfliessende Wassermenge am Ausfliessen zu hindern. Ganz die gleichen Ergebnisse bei gleicher Versuchsanordnung wurden an Hunden erzielt, wenn dieselben durch Morphium narcotisirt waren.

Bezüglich der Trichterbildung in der hinteren Harnröhre stimmt Z. vollinhaltlich den Angaben von Dreysel und Jadassohn bei, dass die Verkürzung, wenn eine solche überhaupt statthat, eine sehr geringe sei, und nicht auf einer Einbeziehung der hinteren Harnröhre in die Blase, sondern auf dem jeweiligen Stand des Orificium urethrae internum beruhe. In dieser Richtung angestellte endoscopische Untersuchungen des Autors an zahlreichen Leichen ergaben, dass das endoscopische Bild des Orific. ureth. int. keine Veränderung aufwies, mochten 150, 280, 430 g oder noch mehr Wasser durch den Ureter (von der eröffneten Bauchhöhle aus) in die Blase eingespritzt worden sein.

DRITTE ABTHEILUNG.

Gynäcologie und Pädiatrik.

Gynäcologie

bearbeitet von

Prof. Dr. VEIT in Leiden.

A. Lehrbücher, Instrumente, Allgemeines.

1. Lehrbücher.

1) Amann jr., J. A., Kurzgefasstes Lehrbuch der microscopisch-gynäkologischen Diagnostik. gr. 8. Mit 94 Abb. Wiesbaden. — 2) Auvard, Thérapeutique gynécologique. 12. Avec 88 fig. Paris. — 3) Bell, R., Sterility. 8. London. — 4) Byford, H. T., Manual of gynaecology. Illustr. 8. London. — 5) Chrobak und v. Rosthorn, Die Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane. 1. Theil. 1. Hälfte. Mit 97 Abb. gr. 8. Wien. — 6) Doléris et Pichevin, La pratique gynécologique. Tome II (et dernier). 8. Avec 143 fig. Paris. — 7) Fritsch, H., Die Krankheiten der Frauen. 7. Aufl. Mit 225 Holzschn. u. 4 Heliogr. Berlin. — 8) Keiffer, J. H., Recherches sur la physiologie de l'utérus. 8. Avec 2 pls. Bruxelles. — 9) Klein, G., Die Gonorrhoe des Weibes. gr. 8. Berlin. — 10) Kleinwächter, L., Zur Frage des Studiums der Medicin des Weibes. gr. 8. Neuwied. — 11) Klencke, H., Der Frauenarzt. 6. Aufl. 8. Leipzig. — 11a) Kossmann, R., Die gynäkologische Nomenclatur. (S.-A.) gr. 8. Berlin. — 12) Pozzi, S., Traité de gynécologie clinique et opératoire. 3. éd. 8. Paris. — 13) Runge, M., Das Weib in seiner Geschlechtsindividualität. gr. 8. Berlin. — 14) Schaeffer, O., Atlas und Grundriss der Gynäkologie. Mit 173 farbig. Abbild. u. 54 Illustr. 8. München. — 15) Schauta, Friedr., Lehrb. der ges. Gynäkologie. Mit 330 Abbild. gr. 8. Wien. — 16) Veit, J., Handbuch der Gynäkologie. In 3 Bd. Mit Abb. 1. Bd. gr. 8. Wiesbaden. — 17) Derselbe, Die Ziele des geburtsh.-gynäk. Unterrichts. Rede. Leiden. gr. 8. — 18) Webster, J. Cl., Gynecology, practical and operative. Illustr. w. 54 fig. 8. London. — 19) Winter, G., Lehrbuch der gynäkolog. Diagnose. Mit 20 Tafeln u. 140 Abbild. gr. 8. Leipzig.

2. Instrumente.

1) Auvard, Injections vaginales et rectales. Bull. gén. et chir. Vol. 130. p. 13. 8. Arch. de Tocol. Vol. 23. p. 122. (Allerhand kleinliche Veränderungen empfohlen.) — 2) Derselbe, Nouvelle sonde intrautérine. Arch. de gyn. et de tocol. Vol. 23. p. 121. (Unwesentliche Veränderung.) — 3) Biermer, Ein neuer Nadelhalter für Hagedorn-Nadeln. C. f. Gyn. S. 652. (Der Nadelhalter nähert sich den gewöhnlichen, hält aber auch die Hagedorn'chen Nadeln gut.) — 4) Byford, A new curette. Ann. gyn. and obstr. Vol. VIII. p. 117. (Empfehlung einer stumpfen, biegsamen, kupfernen Curette.) — 5) Cleveland, An electrode for removing sutures. Am. gyn. and chir. Vol. 9. p. 256 und Am. journ. of obstr. Vol. 34. p. 295. (Verf. will mit einem kleinen Galvanocauter 36 Stunden nach Operationen im Scheidengewölbe angelegte Seidensuturen durchtrennen und sie auf die Weise entfernen.) — 6) Czempin, Verstellbarer Operationstisch für Beckenhochlagerung und für vaginale Operationen. C. f. gyn. S. 209. — 7) Eberhart, Eine neue verstellbare Beckenhebevorrichtung. Ebendas. S. 294. (Ohne Abbildung nicht zu beschreiben.) — 8) Foerster, Intrauterine pessary. Am. gyn. and obstr. J. Vol. VIII. p. 647. — 9) Gottschalk, Ein neuer Operationstisch. Monatsh. f. Geb. u. Gyn. Bd. III. S. 137. (Eingerichtet für Beckenhochlagerung, Längslage und Scheidenoperationen.) — 10) v. Gubaroff, Ein einfacher Operationstisch mit Heizvorrichtung. Ebendaselbst. Bd. III. S. 524. (Warum heizbar? Einfach!? Ref.) — 11) Ihle, O.,

Die verschiedenfachen Lagerungen der Kranken bei Operationen. Ein neuer Operationstisch. Münch. med. Wchschr. 33. 34. — 12) Johnson, A model of the Piktin operating table. Am. journ. of obstr. Vol. 34. p. 387. — 13) Kossmann, Pincettennadel. Z. f. Geb.-Gyn. Bd. 35. S. 153. — 14) Derselbe, Formalincatgut. Ebend. Bd. 35. S. 305. (Zurückweisung von Angriffen gegen die von ihm empfohlene Präparationsmethode.) — 15) Leon, M. de, On pessaries. Am. journ. of obstr. Vol. 33. p. 215. (Nichts Neues, Hartgummipessar empfohlen.) — 16) Lassar, Mignonlampe für die Beleuchtung der Scheide. Ztschr. f. Geb.-Gyn. Bd. 35. S. 486. — 17) Lehmann, Ein neues Vaginalrohr. C. f. Gyn. 852. (Rückläufige Oeffnungen.) — 18) Newman, An intrauterine Stempessary. Am. gyn. and obstr. journ. Vol. 9. p. 237. (Für Stenose, Flexionen und Sterilität.) — 19) Morsbach, Ein Uterusstopfer. C. f. Gyn. p. 154. (Kornzangenähnlich.) — 20) Petit, Un nouveau tube-pessaire intrautérin. Ann. de gyn. T. 40. p. 461. (Bei Dysmenorrhe, Anteflexio, Atresie anzuwenden.) — 21) Reid, The history forms and theories of the vaginal speculum. Glasgow med. journ. No. 3. Septbr. p. 161. — 22) Spencer, A speculum. London obstr. Tr. Vol. 38. p. 117. (Verbesserung des Fergusson'schen, so dass es gekocht werden kann.) — 23) Wittkowshi, Autopanseur. Ann. de gyn. Tome 45. p. 77. (Tamponträger zum Selbsteinführen von Tampons etc.)

Ihle's (11) verbesserter Operationstisch gestattet die Herstellung der verschiedensten Lagen für die Patientin mit Hülfe einer Kurbel, die nur von einer Person dirigirt zu werden braucht.

3. Allgemeines.

1) Adolphi, Ueber die combinirte Untersuchung nach Thure Brandt-Dührssen. Petersb. med. Arch. No. 43. S. 381. — 2) Ahlfeld, Zur Mechanik der Scheidenausspülungen. C. f. Gyn. S. 978. (Betrifft wesentlich die Ausspülungen bei Schwangeren, rückläufig gerichtete Oeffnungen, geringer Druck des Irrigators, Sicherung des Abflusses.) — 3) Armstrong, On Utero-ovarian Irritation as a factor in the causation of Rheumatoid Arthritis with suggestions for its treatment. Brit. gyn. J. Part 44. p. 496. (Nichts Neues.) — 4) Auvard, Douleurs d'origine génitale. Arch. de gyn. et de tocol. Vol. 23. p. 241. (Periphere von centralen Neuralgien zu trennen, nur erstere sind local zu behandeln.) — 5) Baldwin, L. G., Gauze as a Material for drainage. Am. gyn. and obstr. J. Vol. VIII. p. 726. (Nichts Neues.) — 6) Bell, Robert, The treatment of carcinoma of the Uterus, certain forms of ovarium Disease and Fibroids of the Uterus by means of Thyroid, Parotid, and Mammary Glands Extract. Brit. gyn. J. Part. 46. p. 157. (Nichts Beweisendes.) — 7) Bodon, Ueber drei mit Ovariinum siccum (Merck) behandelte Fälle, darunter ein Fall von Epilepsie. Deutsche med. Wchschr. 5. XI. S. 727. (1 Castrationsamenorrhoe, eine Uterusatrophie und eine Epilepsie mit Erfolg behandelt.) — 8) Bottermund, Ueber die Beziehungen der weiblichen Sexualorgane zu den oberen Luftwegen. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. IV. S. 436. — 9) Bovée, J. W., Anterior Colpotomy in pelvic disease. Am. Journ. of obstr. Vol. 34. p. 48. (Bericht über 7 Fälle.) — 10) Bremer, L., The Knife for coccygodynia a failure. Medical Record. 1. VIII. p. 154. (Zeigt an einem Fall von Coccygodynie, zu welchen Fehlern der moderne Fumor operativus führen kann.) — 11) Brindeau, La Galactophorite. L'union médicale. 29. II. No. 9. p. 97. — 12) Brothers, A., Reports of some interesting Cases: Impacted Pessary, Vaginal section with Haemorrhage necessitating an abdominal section at the same sitting. Am. J. of obstr. Vol. 34. p. 125. — 13) Bouilly, Symptômes et traitement des rétrodéviations non compliquées. La Gynécologie. 1. Année. p. 3. — 14) Burrage, Notes on operations on the ovaries and tubes through a vaginal incision into the posterior Cul-de-sac. Boston med. surg. J. Vol. 134. No. 5. p. 108. — 15) Chrobak, Ueber Einverleibung von Eierstocksgewebe. Centralbl. f. Gyn. p. 521. — 16) Cumston, Dosage of Haemoglobin in Gynaecological Cases; Bartholinitis, Posterior vaginal caeliotomy; Medical treatment of dysmenorrhoe. Ann. of Gyn. and Paed. Vol. 9. p. 691. — 17) Daniel, De quelques applications d'électricité à la gynécologie et spécialement de l'électrolyse des métaux oxydables. Arch. de gyn. et de tocol. Vol. 23. p. 81. — 18) Dickinson, Saddles and Postures for women on the Wheel. Am. gyn. and obstr. J. Vol. VIII. p. 736. — 19) Doléris et Mangin, Fibromyome de la paroi abdominale récidivé. La Gynécologie. 1. Année. p. 230. — 20) Doléris, J. A. et R. Pichevin, Valeur séméiologique de la douleur. Ibidem. 1. Année. p. 289 u. No. 6 supplément. p. 553. (Nichts Neues.) — 21) Dorsett, Deceptive similarity of signs and symptoms in intraabdominal disease. Am. J. of obstr. Vol. 34. p. 665. (Zusammenstellung dreier diagnostischer Irrthümer.) — 22) Duff, J. M., Pelvic diseases and their principal Causes: what should the Laity be taught concerning them. Ibidem. Vol. 34. p. 684. (Sociale Prophylaxe wünschenswerth.) — 23) Eliot, E. F., Notes of gynaecological cases from a provincial hospital. Brit. gyn. Journ. Part. 45. p. 25. — 24) Fischer, J., Ueber Genitalatrophie bei inneren Krankheiten. Wien. med. Presse. No. 28. (Nichts Neues.) — 25) Derselbe, Ueber die Beziehungen zwischen der Schilddrüse und den weiblichen Geschlechtsorganen. Wien. med. Wochenschr. 6. 7. 8. 9. — 26) Fliess, W., Die Beziehungen zwischen Nase und weiblichen Geschlechtsorganen. Leipzig u. Wien. 237 Ss. — 27) Edebohls, G. M., Diagnostic Palpation of the female pelvic Organs. S. A. (Nichts Neues.) — 28) Fraenkel, E., Tagesfragen der operativen Gynäkologie. Beob. in den J. 1893/96. gr. 8. Wien. — 29) Gessner, Ueber den Werth und die Technik des Probecurrettements. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 34. S. 365 u. 387. — 30) Gaertig, Stypticin, ein neues Mittel im gynäkologischen Arzneischatz. Ther. Monatsh. X. Februar. S. 71. (Empfehlung dieses Mittels.) — 31) Gessner, Tödtliche Lungenembolien bei gynäkologischen Erkrankungen. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 35. S. 155. (Arbeiten aus dem Gebiete der Geburtshülfe und Gynäkologie. Festschrift f. Dr. Ruge, Berlin.) — 32) Gilliam, Oophorectomy for the Insane and Epilepsy of the Female. A plea for its more general Adoption. Am. J. of obstr. Vol. 34. p. 759. 555. — 32a) Gordon, B., Gonorrhoea in Women. Med. Record. 21. Novemb. S. 740. (Nichts Neues.) — 33) Graudin, Ooptorectomy for hysteroneurosis. Am. gyn. and obst. Journ. Vol. VIII. p. 368. (Indication zweifelhaft.) — 34) Harrison, Hysterical Croup. Am. Journ. of obst. Vol. 33. p. 123. — 35) Heller, J. B., On the Nipple Reflex. Brit. med. Journ. p. 1378. — 36) Jayle, Organothérapie ovarienne contre les troubles consécutifs à la castration chez la femme. Arch. de Tocol. Vol. 23. p. 526. — 37) Ill, Nine Months of abdominal and gynecological surgery. Am. Journ. of obst. Vol. 34. p. 162. (Krankheitsbericht.) — 38) Johnson, H. L. E., Oophorectomy for relief of prononced symptoms in the digestive system. Ibidem. Vol. 33. p. 105. — 39) Johnson, J. T., The Uterine appendages removed because of eight years Invalidism. Ibidem. Vol. 33. p. 127. — 40) Jones, N. M., Notes on gynaecologial cases. Brit. gyn. J. Part. 47. p. 306. (Casuistik üb. Ovariotomie, Castration u. vasomotorische Röthung des Gesichts bei der Menstruation.) — 41) Derselbe, Notes on some clinically interesting gynaecologial cases. Lancet. 1. VIII. p. 306. — 42)

Knauer, Einige Versuche über Ovarientransplantation bei Kaninchen. Centralbl. f. Gyn. S. 524. (Die Einpflanzung gelang.) — 43) Kossmann, Die pathologisch-anatomischen Kunstausdrücke in der Gynaekologie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. III. S. 503. (19 Seiten neue und zum grössten Theil unverständliche Namen.) — 44) Landau, L., Zur Behandlung von Beschwerden der natürlichen und anticipirten Klimax mit Eierstocksubstanz. Berl. klin. Wochenschr. 22. VI. S. 557. — 45) Lauenburg, Zur Behandlung mit ätzenden Säuren. Münch. med. Wochenschr. 26. V. S. 499. — 46) Leder, Dix-huit mois de massage gynécologique à la clinique du docteur Auvard. Arch. de gyn. et de Tocol. Vol. 23. p. 1. 104. 167. 263. 335. (Geht in der Werthschätzung der Massage sehr weit.) — 47) Leon, Mendes de, Over het verband tuschen gynaecologische en inwendige Ziekten. Weekblad. 19. IX. p. 423. (Man soll diesen Zusammenhang stets beachten, sich andererseits durch allgemeine Bildung vor falschen Schlüssen und operativem Uebereifer fernhalten.) — 48) Levy, H., Zur Behandlung der weiblichen Sterilität. Zeitschr. f. pract. Aerzte. V. No. 16. 15. VIII. (Nichts Neues.) — 49) Lockhart, Artificial dilatation of the one pregmant uterine canal. Am. gyn. and obst. Journ. Vol. VIII. p. 489. — 50) Mc Cann, F. J., Some abnormalities of the female generative organs. Am. Journ. Octob. p. 393. (Werthlose Casuistik.) — 51) Derselbe, The Aetiology of Gonorrhoea. London Obst. T. Vol. 38. p. 225. (Im Wesentlichen Bestätigung der modernen Anschauungen.) — 52) Madden, Th. M., The gynaecological complications of gonorrhoical infection. The Lancet. 28. III. p. 838. (Nichts Neues.) — 53) Mainzer, Vorschlag zur Behandlung der Ausfallserscheinungen nach Castration. Deutsche med. Wochenschr. No. 12. p. 188. — 54) Derselbe, Zur Behandlung amenorrhoischer und climacterischer Frauen mit Ovarialsubstanz. Ebendas. 18. VI. S. 393. — 55) Massey, Sterility in women. Med. News. 3. X. p. 369. (Heilung durch Electricität.) — 56) Derselbe, Maternal Sterility. Am. Gyn. and Obst. Journ. Vol. IX. p. 577 et 607. (Nichts Neues.) — 57) Mead, K. C., Treatment of diseases of women by abdominal massage and Electricity. Am. Journ. of obst. Vol. 34. p. 58. (Referirende Arbeit.) — 58) Merkel, F., Ferripyrin als Haemostaticum in der Gynaekologie. München. Wochenschr. S. 1102. (Kein Erfolg.) — 59) Mond, R., Kurze Mittheilung über die Behandlung der Beschwerden bei natürlicher oder durch Operation veranlasster Amenorrhoe mit Eierstocksconserven. München. med. Wochenschr. No. 14. S. 314. (Vorläufiger Bericht über 11 Fälle, abschliessendes Urtheil noch nicht möglich.) — 60) Derselbe, Weitere Mittheilungen über die Einverleibung von Eierstockssubstanz zur Behandlung der Beschwerden bei natürlicher und anticipirter Climax. Ebendas. No. 36. 8. Sept. — 61) Moore, J. J., Nymphomania cured by Hysterectomy. Am. Journ. of Obst. Vol. 34. p. 554. (7 Monat lang beobachtete Heilung.) — 62) Muret, De l'organothérapie. Revue médicale de la Suisse Rom. XVI. No. 7. 20. 7. p. 317. — 63) Napier, Leith, Note on the Administration of Animals Extracts and Allied substances during the Menopause. Brit. gyn. Journ. Part. 46. p. 182. (Eine Uebersicht über bisherige Mittheilungen, keine sicheren eigenen Beobachtungen.) — 64) Nash, A Plea for the new woman and the bicycle. Amer. Journ. of obst. Vol. 33. p. 556 and 575. — 65) Norris, A report of two years work at the Treston retreat. Am. gyn. and obst. Journ. Vol. VIII. p. 137 and 240. — 66) Palmer, Ch. J., Gynecology and general medicine. Their reciprocal Relations. Am. Journ. of obst. Vol. 34. p. 375. (Allgemeines, ohne Neues.) — 67) Pantzer, Modern views on matrimonial sterility. Ann. of Gyn. Vol. IX. p. 825. (Nichts Neues.) — 68) Parke, Some complications and sequelae of gynaecologial operations. Am. gyn. and obst. Journ. Vol. VIII. p. 575. — 69) Piering, Ueber Bauchbinden. Prag. med. Wchschr. 31. 12. No. 53. S. 605. (Sehr leicht, weil aus porösem Material.) — 70) Polk, W. M., Vaginal versus abdominal Section. Med. Rec. 4. I. p. 23. Med. News. 4. I. p. 2. (72 Operationen, Versuch einer Grenzbestimmung gegen die Laparotomie.) — 71) Prendergast, Bicycle for women. Am. Journ. of obst. Vol. 34. p. 245. (Empfehlung desselben für Frauen.) — 72) Price, J., Principles and Progress in Gynecology. Ibid. p. 625. (Allgemeine Gesichtspunkte.) — 73) Report of the Kensington Hospital for Women. Philadelphia. — 74) Special-Report of the Kensington Hospital for Women. Ibidem. — 75) Römer, Gynaecologische Sprechstunden-Asepsis. Med. Corresp.-Bl. des württembergischen Landesvereins. 19. 9. S. 297. (Nichts Neues.) — 76) Rühl, Casuistischer Beitrag zur reflectorischen Wirkung des Operationstraumas auf Herz und Athmungsthätigkeit. Centralbl. f. Gyn. S. 501. (Beobachtung schwer zu deuten.) — 77) Runge, M., Das Weib in seiner Geschlechtsindividualität. Berlin. 28 Ss. (Eine etwas drastische Ausführung des Satzes, dass das Weib nur seiner Geschlechtsorgane halber existirt.) — 78) Schaeffer, O., Ein neues Haemostaticum für Gynäkologie und Geburtshülfe. Centralbl. f. Gyn. S. 37. (Warme Empfehlung des Mittels.) — 79) Derselbe, Das Ferripyrin als Haemostaticum und seine Anwendungsweise in der Gynaecologie. Münch. Wchschr. No. 48. 1. XII. S. 1184. — 80) Secheyron, L'état mental de la femme dans les affections génitales. Arch. de Tocologie. Vol. 23. p. 581. — 81) Schücking, Röntgenstrahlen in der Gynaekologie. Centralbl. f. Gyn. S. 529. (Allerhand Ideen.) — 82) Scott, Gonorrhoea in Women. Am. Journ. of obst. Vol. 34. p. 348. (Schwerer als die Heilung der gonorrhoischen Salpingitis ist die Vermeidung der Gonorrhoe und die Heilung ihrer ersten Stadien.) — 83) Sée, M., Etude bacteriologique de la blennorrhagie chez la femme. Ann. de gyn. Tome 46. p. 14. (Im Wesentlichen eine Uebersicht über die Ansichten der Literatur.) — 84) Sellman, Some of the dangers attending minor gynaecologial operations. Am. Journ. of. obst. Vol. 33. p. 268. — 85) Smith, A. J., Report of the Work done in the gynaecological department of St. Vincents Hospital Dublin. Brit. gyn. Journ. Part. 46. p. 200. (Unter Anderem 51 Laparotomien ohne Todesfall.) — 86) Stapfer, Kinésithérapie gynécologique. Annales de gynaecolog. Tome 45. p. 218. (Nichts Neues, Empfehlung der Massage bei Retroflexio.) — 87) Stone, Some postoperative results of gynecological Surgery. Am. J. of obstr. Vol. 34. p. 321. (Aufzählung all' der Nachtheile, die die operative Polypragmasie gezeitigt hat, Bauchhernien, Blasenreizung, Psychosen etc.) — 88) Thompson, Genital tuberculosis in Women. Med. a. surg. Rep. 18. IV. p. 483. (2 Fälle.) — 89) Thomson, Behandlung gynaekologischer Krankheiten mit dem Schwitzapparate von Dehio. St. Petersb. med. Wochenschr. No. 238. VI. S. 203. (Bei chronischen Entzündungen erfolgreich.) — 90) Upham, The Value of the Formalin Method for rapid Diagnosis of uterine scapings. Am. Journ. of obstr. Vol. 33. p. 866. (Cullen's Verfahren empfohlen, bei demselben spielt übrigens Formalin eine geringe Rolle.) — 91) Walcher, Principielles über das Legen der Nähte bei plastischen Operationen. Centralbl. f. Gyn. S. 269. — 92) Wetherill, Careful case-recording as a factor in exact Diagnosis and an Aid to rational treatment. Am. J. of obstr. Vol. 34. p. 239. — 93) Williams, J., Historical Sketch of gynaecology during the last fifty years. Glasgow med. Journal. No. IV. April. p. 241. (Allgemeine Gesichtspunkte, nichts Neues.) — 94) Windscheid, Die Beziehungen zwischen Gynäkologie und Neurologie. Centralbl. f. Gyn. p. 569. (Nichts Neues.) — 95) Zeller, Th., Ueber Differenzen zwischen Axillar- und Rectaltemperaturen nach gynäkologischen Operationen. Inaug.-

Diss. Halle. (Die durchschnittliche Differenz betrug 0,42° C.).

Fischer (25) studirte die Beziehungen der Schilddrüse zu den weiblichen Genitalien. Erst um die Zeit der Pubertät herum beginnt die Thyreoida überhaupt zu schwellen, vorher ist es jedenfalls sehr selten. Bei der Menstruation konnte Verf. unter 50 Fällen nur bei zwei eine deutliche Schwellung feststellen. In der Schwangerschaft dagegen constatirte er dies in dem dritten Theil seiner Fälle und ebenso glaubt er bei Myomen, vielleicht auch bei Amenorrhoe eine Schwellung gesehen zu haben. Besonders deutlich ist dieselbe, wenn schon vorher Kropf oder Basedow'sche Krankheit bestand.

Bei Untersuchung der Genitalien Kropfkranker, oder solcher Patientinnen, denen die Thyreoidea exstirpirt war, befanden sich die Genitalien häufig in einem atrophischen Zustand.

Chrobak's (15) Versuche, die Ausfallserscheinungen nach Castration durch Eierstockfütterung zu verbessern, waren in drei Fällen erfolgreich, sodass er sie weiter fortsetzen will. Er räth aber lieber Ovarialtheile zurückzulassen und hat an Thierversuchen probeweise das Ovarium eingeheilt. (Cf. Knauer.)

Muret (62) hat 12 mal bei natürlicher oder künstlicher Menopause, 4 mal bei Chlorose, 2 mal bei Menstruations-Anomalien, Ovarienextract gegeben und zwar in Form subcutaner Injection und als Tablette. Seine Resultate besonders in dieser Categorie von Fällen waren recht befriedigend.

Jayle (36) ist mit den Erfolgen der Ovarialsafttherapie bei Ausfallserscheinungen bei Castration so zufrieden, dass er diese Behandlung auch bei Amenorrhoe und Dysmenorrhoe anräth.

Landau (44) hat in eine Reihe von Fällen die climacterischen Beschwerden erfolgreich durch Eierstocksubstanzfütterung gebessert resp. meist geheilt.

Mainzer (53) publicirt gleichfalls einen auf diese Weise erfolgreich behandelten Fall von Beschwerden nach Castration.

Derselbe (54) liess frische Eierstöcke sofort verarbeiten, eintrocknen und in eine einnehmbare Form bringen. Er verwandte das Mittel mit vollständigem Erfolge oder wesentlicher Besserung bei den Beschwerden der künstlichen und natürlichen Climacterien, sowie bei Amenorrhoe; schädliche Folgen wurden nicht beobachtet.

Mond (60) hat eine weitere Reihe von Beobachtungen — 6 bei anticipirtem Climax, 6 bei Amenorrhoe — publicirt, in denen er Eierstocksubstanz in Form kleiner Tabletten darreichte. Er hält den Kreis der Indicationen nicht auf Ausfallerscheinungen zu beschränken für geboten, er will auch Amenorrhoe in Folge von Hyperplasie des Uterus, Atrophie der Genitalien etc. dabei auch berücksichtigt sehen. Die Erfolge waren zufriedenstellend.

Fliess (26) macht den Versuch, die Nase mit den Genitalorganen in Zusammenhang zu bringen. Die Thatsache, dass bei der Menstruation gewisse Theile der Nase anschwellen und empfindlich werden, dass es ihm angeblich gelang durch Cocainisiren der Nase die Dysmenorrhoe zu heilen und den Geburtschmerz aufzuheben, führt ihn in ganz unklare und unbestimmte Gebiete der Physiologie, leider aber fehlt die sichere Grundlage der Anatomie und gute klinische Beobachtung vollständig.

Bottermund (8) will einen normalen Zusammenhang zwischen Genitalien der Frau und oberen Luftwegen in Schwellungszuständen der Nasenschleimhaut, Veränderung der Stimme u. A. m., während der Menstruation, und einen gleichen zwischen Gesichtsleiden und Larynxleiden finden; in letzterer Beziehung führt er Verschlimmerung von Catarrhen, vicariirende Blutungen, sowie die grosse Zahl der Reflexneurosen an.

Gessner (29) publicirt 20 Fälle von tödtlicher Lungenembolie nach gynäkologischen Operationen. Es müssen verschiedene Momente zusammentreffen, um erst eine Thrombose und dann eine Embolie hervorzurufen. Neben entzündlichen Processen beobachtet man meist Veränderungen am Herzen. Auch kommen Embolien häufig nach Operation von Myomen und malignen Tumoren vor. Die Erhöhung der Pulsfrequenz, auf die Mahler hinweist, wurde oft, aber nicht immer vorher gefunden.

Scheyron (80) warnt davor, sich nicht durch Alteration der Psyche bei Genitalaffectionen kranker Frauen zu unnützer Verstümmelung verleiten zu lassen.

Jones (40) publicirt verschiedene Fälle, Ovariotomie bei Stieltorsion, Castrationen wegen kleincystischer Degeneration und Myom, in letzterem Fall ohne Verschwinden der Menstruation, Ovarialfibrom, Schwangerschaft nach Operation wegen Beckenperitonitis, eitrige Endometritis, Tubenschwangerschaft, vasomotorische Reflexe bei Menstruation.

Wetherill (92) will zur Sicherung einer klaren Diagnose diese Frage der Anamnese durch 3 Schemata zum Einzeichnen der Untersuchungsbefunde vorgedruckt, für sein Krankenjournal herstellen lassen.

Adolphi (1) will wie Thure Brandt die zur gynäkologischen Untersuchung nöthige Erschlaffung der Bauchwand dadurch erreichen, dass er nicht nur den Kopf, sondern auch die Füsse erhöht lagert.

Gilliam (32) geht in der Ausdehnung der Indication zur Castration bei Epilepsie und Psychose sehr weit, er hält es für das logisch Richtigste hier stets zu operiren.

Lauenburg (45) will spitze Condylome, Erosionen etc. in der Weise ätzen, dass er zuerst Acidum nitricum fumans und sofort hinterher Acidum carbolicum liquefactum auftupft. Der Aetzschorf, der sich so bildet, ist viel stärker als der mit einfacher Säure.

Doléris und Mangin (19) beobachteten bei zwei Schwestern Fibromyome der vorderen Bauchwand. In dem einen Fall kam es nach einem Jahr zu einem Recidiv, das auch noch gutartig war.

Dickinson (18) hat die Stellungen und Haltungen der Frauen beim Radfahren und Reiten studirt und zeigt daran, wie leicht Fehler der Wahl der Sättel oder der Höhe der Fahrräder zu Fehlern in der Haltung und zu dauerndem Schaden Veranlassung werden.

E. Fraenkel (28) bespricht an der Hand seines

eigenen Beobachtungsmaterials fast alle Fragen der heutigen Gynäkologie. Er hat kritisch die verschiedenen Methoden Anderer bei Operationen versucht und giebt mehrfach eine ausführliche Uebersicht seiner eigenen Fälle. Narcose, Antisepsis und Asepsis, Ovariotomie, Adnexoperationen Myomotomie, Nachbehandlung nach Coeliotomie, Totalexstirpation des Uterus, Ventrivaginalfixationen, Scheidendamm- und Cervicoplastik, submucöse Uterusmyome, diverse Operationen und geburtshülfliche Fälle lauten die Ueberschriften der Capitel.

Will man richtig Wundflächen adaptiren, so soll nach Walcher (91) der Faden einen Kreis um die Wundfläche beschreiben, dessen Durchmesser gleich der Höhe der Wundfläche ist.

Als Galactophoritis beschreibt Brindeau mit Budin (11) eine eitrige Entzündung der Milchgänge und versucht die Rolle zu bestimmen, die eine derartige Erkrankung in der Genese der eigentlichen Mastitis spielt, Staphylococcus aureus und albus wurden stets gefunden.

Gessner (31) characterisirt an eigenen Erfahrungen den Werth des Probecurettements; niemals ist bei maligner Erkrankung zur Diagnose Uterusdilatation nothwendig gewesen. Die Sicherheit der Diagnose hat sich hier glänzend bewährt.

Bei seinem Urtheil über die vaginale Eröffnung des Peritoneum stützt sich Burrage (14) auf 2 vordere und 14 hintere Scheidenbauchhöhlenschnitte; den letzteren Weg zieht er bei Erkrankungen der Tuben und Ovarien im Allgemeinen den ersteren vor.

Bouilly (13) berichtet von 130 Fällen einfacher, uncomplicirter Retroflexio in relativ kurzer Zeit allein durch Pessarien 105 vollständig geheilt zu haben.

Lockhart (49) empfiehlt brüske Cervixdilatation vor intrauteriner Operation, langsame vor intrauteriner Behandlung.

[Jaworski, W., Ueber artificielle sexuelle Dyspepsie bei Frauen. Przeglad lekarski. No. 1.

Verf. macht auf die verhältnissmässig häufigen Fälle aufmerksam, wo Symptome seitens des Magen-Darmcanales, Appetitlosigkeit, leeres Aufstossen, Uebelkeiten, oft auch hartnäckige Stuhlverstopfung auftreten, und zwar bei Frauen, welche gewöhnlich ein gesundes und frisches Aussehen haben und bei welchen objectiv im Magendarmcanal keine Veränderungen nachzuweisen sind. Die Untersuchung der Schamtheile bei diesen Patientinnen ergab gewöhnlich ebenfalls ein negatives Resultat; dafür konnte in allen Fällen nachgewiesen werden, dass der Coitus nicht normal von statten ging, denn entweder handelte es sich um einen Coitus interruptus oder praecipitatus. Da zwischen sexuellen Störungen einerseits und Abnormitäten seitens des Magen-Darmcanals andererseits ein unleugbarer Zusammenhang besteht, hält Verf. den oben angegebenen Symptomencomplex für eine „Dyspepsia sexualis"; für die Richtigkeit dieser Ansicht spricht auch einer von den beobachteten Fällen, wo sämmtliche Symptome — nachdem die Ursache behoben worden war — ohne jedwede Behandlung gewichen sind; später aber, als der Coitus wieder auf abnorme Weise gepflegt wurde, sich sämmtlich wieder einstellten.

Kosminski (Krakau).]

B. Ovarien und Tuben.

1. Ovarien.

1) Binaud et Charannay, Torsion du pédicule d'un kyste du parovaire. Gaz. hebdom. 4. VI. p. 53. — 2) Bogdanik, J., Ruptur einer Ovarialcyste. Wien. med. Pr. No. 38. (Operation, Heilung.) — 3) Bois, Kyste de l'ovaire, l'éritonite purulente; Ovariotomie, Guérison. Bull. et mém. de la soc. de chir. p. 413. — 4) Boldt, Ovariotomy under local Anaesthesia. Am. gyn. and obstr. Journ. Vol. 9. p. 778. (1 derartiger Fall.) — 5) Bonnifield, Dermoid Cyst. Amer. Journ. of obst. Vol. 34. p. 518. (Operation, Heilung.) — 5a) Bumm, Ueber Ovariotomie von der Vagina aus. Centralbl. f. Gyn. S. 313. — 5b) Bouilly, De la suppuration des kystes de l'ovaire. La Gynécologie. 1. Année. p. 193. (8 Fälle.) — 6) Bovée, Tuboovarian Cyst. Amer. Journ. of obstr. Vol. 34. p. 385. — 7) Derselbe, Parovarian cyst. Ibidem. p. 394. — 7a) Bröse, Doppelseitiger Ovarialabscess. Zeitschr. f Gyn. Bd. 35. S. 455. — 8) Byford, A specimen of parovarian Cyst. Amer. gyn. and obstr. Journ. Vol. VIII. p. 111. (Dabei wurde der Ureter zerschnitten und in die Bauchwunde eingenäht.) — 9) Chase, W. B., Mixed Tumors of the Ovary with Report of case. Amer. Journ. of obst. Vol. 34. p. 657. (Glanduläres Kystom, Dermoid, Papilläres Kystom vereinigt in einem Fall vorhanden.) — 10) Condamin, De la marsupialisation des kystes de l'ovaire; traitement ultérieur en cas de récidive. Arch. de Tocol. Vol. 23. p. 550. und Lyon méd. No. 25. p. 248. — 11) Cordier, A. H., Cirrhosis of the ovaries. Amer. gyn. and obst. Journ. Vol. VIII. p. 485. (Chronische Entzündung, 1 Fall.) — 12) Cripps, H., 13 Cases of strangulated Ovarian Cysts. Lancet. 15. Febr. p. 408. (Casuistik.) — 13) Croom, J. H., Glycosuria complicating an Ovarian Tumor and Ovariotomy. Brit. gyn. Journ. Part. 44. p. 476. (Der Diabetes verschwand allmälig nach der Operation.) — 14) Cullen, Multilocular Adeno-papillo-cystoma of the Ovary: with Sarcomatous nodules of the Inner Surface of one of the Cysts. Amer. Journ. of obst. Vol. 34. p. 358. (1 Fall derart.) — 15) Cullingworth, A suppurated cases of Tubovarian Cyst. London obst. Tr. Vol. 37. p. 291. Vol. 38. p. 1. (Operation.) — 16) Cumston, Ch. Gr., Torsion of the pedicle in Ovarian Tumor. Ann. of Gyn. Vol. XI. p. 11. (1 Fall, sonst nichts Neues.) — 17) Daudois, Kyste dermoide de l'ovaire chez un enfant. Arch. de gyn. et de tocol. Vol. 23. p. 227. (3 Jahre altes Kind.) — 18) Davenport, The diagnosis of small ovarian Tumors. Boston med. and surg. Journ. Vol. 135. No. 15. p. 353. — 19) Laparotomy for Ovarian Cyst with marked subjective Symptom in the digestive System. Amer. Journ. of obst. Vol. 33. p. 103. — 20) Donnet, R., On the late Results obtained from conservative Operation on the ovaries with a Report of 22 Cases. Ann. of Gyn. and Paed. Vol. 9. p. 555. 632. 695. (Bericht über Pozzi's Fälle.) — 21) Dor et Bérard, De la dégénerescence maligne des kystes de l'ovaire. Gaz. hebdom. No. 80. p. 949. — 22) Doran, Cases of fibroma of the Ovary and Ovarian Ligament removed by Operation with a series of after histories of cases reported in the Transactions reported since 1879. London Obst. Tr. Vol. 38. p. 187. — 23) Derselbe, Capsules, false and real in Ovariotomy; with notes of 6 cases. Brit. med. Journ. 18. April. (Besprechung der intraligamentösen und pseudointraligamentösen Cysten im Anschluss an Pawlik's Arbeit.) — 24) Dudley, Dermoid cyst of the omentum. Ann. gyn. and obst. Journ. Vol. VIII.

p. 113. (Befund bei einer Operation, Ref. hält diese Tumoren für ovariell, torquirt und an dem Netz adhärent geworden.) — 25) Dumont-Leloir, Tumeur kystique proliférante de l'ovaire. Ann. de gyn. T. 44. p. 461. und Arch. de tocol. Vol. 23. p. 30. (Metastasen auf Darm und Netz.) — 26) Duncan, Large double tubovarian Cysts. London Obst. Tr. Vol. 38. p. 37. — 27) Duret, Deux kystes tubovariennes considérables en partes inclues dans les ligaments larges. Ovariotomie double. Guérison. Arch. gyn. et de tocol. Vol. 23. p. 205. — 28) Emmet, Calcaneous degeneration of the Ovaries with Fibrocyst of the Uterus. Ann. gyn. and obst. Journ. Vol. VIII. p. 647. — 29) Engström, Ueberzählige Ovarien. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. III. S. 13. — 30) Etheridge, Pneumococcus-Abscess of the Ovary, with report of 3 cases. Amer. Journ. of med. sciences. April. p. 377. — 31) Fabricius, Josef, Perforation eines malignen Ovarialtumors in die Tube. Wien. klin. Wochenschr. No. 4 u. 5. — 32) Fehling, Ueber Ovariotomie von der Vagina aus. Centralbl. f. Gyn. S. 779. (Warnung vor der Operation, die sich nicht immer durchführen liess.) — 33) Galabin, Ovarian Tumor containing Corpus luteum. London Obstr. Tr. Vol. 38. p. 101. (Operation in der Schwangerschaft, beide Ovarien entfernt, keine Blutung aus dem Uterus, kein Abortus.) — 34) Galton, J. H., Case of second ovariotomy at the age of seventy years; recovery. Lancet. 15. Aug. p. 462. — 35) Gessner, Papilläre Ovarialtumoren. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäcol. Bd. 34. S. 341. (Mehrere derartige Fälle.) — 36) Geyer, Ueber die Combination von Dermoiden mit malignen Tumoren der Ovarien. Greifswald. 1895. (Sarcomatöse Degeneration der Ovarialreste in einer Dermoidcyste des Ovarium.) — 37) Goelet, Ovarian Cystome and large cystic Ovary. Amer. gyn. and obst. Journ. Vol. VIII. p. 544. — 38) Goldspohn, A., Tubo-ovarian Cysts with interesting cases. Amer. Journ. of obst. Vol. 34. p. 647. — 39) Gottschalk, Darmverletzung bei vaginaler Radicaloperation. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 34. S. 323. (Ein derartiger Fall.) — 40) Derselbe, Ueber intercurrente acute Schwellungszustände an den Eierstöcken. Deutsche med. Wochenschr. 10. Oct. S. 105. (Blutung in die Graaf'schen Follikel und plötzliches Cessiren der Menses kommt bei Frauen manchmal zusammen vor, Beweis einige Palpationsbefunde und eine Laparotomiebeobachtung.) — 41) Gramshaw, F. J., Ovariotomy in country-Practice. Lancet. 21. Nov. p. 1448. (3 geheilte Fälle.) — 42) Hall, Fibroma of the Ovary. Amer. journ. of obst. Vol. 34. p. 707. (1 operirter Fall.) — 43) Johnson, Endogens Cystous of both Ovaries. Ibid. Vol. 33. p. 726. — 44) Derselbe, A Cyst of the left Ovary with diseased Tube. Ibid. Vol. 33. p. 127. — 45) Derselbe, Cysts of both Ovaries. Ibid. p. 128. — 46) Derselbe, Small ovarian cyst. Ibid. Vol. 33. p. 729. — 47) Derselbe, Small Ovarian Cystic Tumor. Ibid. Vol. 33. p. 101. — 48) Johnstone, Etiology and Pathology of dermoid Tumor of the Ovary. Ibid. Vol. 34. p. 692. (Nichts Neues.) — 49) Keith, Sk., A Large dermoid ovarian tumor. Brit. gyn. d. Part. 44. p. 466. (Gewicht 100 engl. Pfund.) — 50) Kelly, N. A., 5 Cases of ovariotomy in Women over Seventy Years of age. Amer. journ. obst. Vol. 34. p. 222. (Einmal konnte nur die Explorativincision gemacht werden, die anderen 4 Fälle genasen, die älteste Patientin war 75 Jahre alt.) — 51) Knauer, Emil, Ein Fall von Dermoidcyste des Ovarium. Wiener klin. Wochenschr. No. 25. — 52) Kreutzmann, The retroperitoneal treatment of the pedicle in ovariotomy and in salpingoophorectomy. Amer. journ. of obst. Vol. 34. p. 830. (Empfehlung dieses Verfahrens der Stumpfbehandlung der Myomotomie auch hier.) — 53) Langer, Ueber Corpusluteumabscesse. Arch. f. Gyn. Bd. 49. Heft 1. — 54) Loehlein, Ueber Blutungen in Ovarialcysten. Dtsche. med. Wochenschr. No. 29. p. 455. — 55) Derselbe, Doppelseitige Ovarialcystome bei drei Schwestern. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. III. S. 91. (Bemerkenswerth wegen der Frage der Anlage resp. Erblichkeit.) — 56) Mackenrodt, Ovariopexie. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 34. S. 351. (Prioritätsstreit mit Sänger.) — 57) Malcolm, J. D., Illustrations of some modes of death after ovariotomy. Med. chir. Trans. Vol. 78. p. 89. — 58) Derselbe, Two solid ovarian tumours. Lund. obstr. tr. Vol. 38. p. 167. — 59) Derselbe, A Large solid ovarian tumor. Ibid. p. 167. — 60) Derselbe, A solid ovarian tumor. Ibid. p. 167. — 61) Mangin, Cyste dermoide et grossesse. La gynécologie. 1. Année. p. 221. (1 Beobachtung.) — 62) Marx, Suppurative dermoid cyst. Am. gyn. and obst. journ. Vol. 9. p. 348. (In der Schwangerschaft mit Erfolg operirt.) — 63) Morris, R. T., Reconstructive surgery of the tubes and ovaries. Med. and surg. Rep. Vol. 125. p. 486. — 64) Morse, Th. H., Case of dermoid ovarian cyst impacted in the pelvic which was removed by abdominal section during the ninth month of pregnancy. London Obst. tr. Vol. 38. p. 231. (Genesung, Geburt am Ende.) — 65) Nairne, Stuart, The diagnosis of early ovarian and tubal disease. Brit. med. journ. p. 1292. 31. X. (Nichts Neues.) — 66) Newmann, Fibroid tumors of the ovary. Am. gyn. and obst. journ. Vol. VIII. p. 514. — 67) Derselbe, Multilocular Cyst. Ibid. Vol. VIII. p. 515. — 68) Noble, Charles P. and Joseph P. Tunis, A case of dermoid tumor of both ovaries complicated by a deposit of bone upon each side of the true pelvis, having no connection with the tumors. The american journal of the medical sciences. Dec. 1895. (Die Erklärung der Genese der beiden Knochentumoren auf dem Ileopsoas ist jedenfalls nicht ausreichend.) — 69) Noble, Intraligamentous ovarian tumor. Am. journ. of obstr. Vol. 33. p. 887. — 70) Derselbe, Ovarian papillomatous Cyst. Ibid. p. 888. — 70a) Derselbe, 2 ovarian tumors growing from one ovary. Ibid. p. 888. — 71) Norris, Fibrocystic tumor of the ovary. Am. journ. of obst. Vol. 33. p. 256. (56 Jahr alt, †.) — 72) Polk, Double (one large) Ovarian tumor removed by vagina; Cancer of the cervix uteri removed by abdominal hysterectomy and resection of the right ureter. Am. gyn. and obst. journ. Vol. VIII. p. 527. (Betrifft 4 Patientinnen.) — 73) Reed, Large extraperitoneal parovarian cyst. Am. journ. of obst. Vol. 35. p. 705. (22 Jahre alte Person. Enucleation. Heilung.) — 74) Derselbe, Diagnosis of dermoid tumors of the ovary. Ibid. Vol. 34. p. 649. (Nichts Neues.) — 75) Derselbe, Cystic degeneration of ovaries; Nymphomanie; vaginal hysterectomy; recovery. Ibid. Vol. 34. p. 707. (Ob auch von der Nymphomanie geheilt, wird nicht gesagt.) — 76) Robischon, Ueber Ovarialcarcinom nebst Mittheilung zweier Fälle von solchem. Diss. in Greifswald. 1895. (2 Fälle.) — 77) Rosinski, Zur Lehre von den endothelialen Ovarialgeschwülsten. Zeitschr. f. Geb. u. Gy.n Bd. 35. p. 215. — 78) de Sant'Anna, J., Cyste dermoide de l'ovaire chez un enfant âgé d'un an. La Gynécologie. 1. Année. p. 213. (Operation, Heilung.) — 79) Selhorst, De (typische) Parovarialcysten en haar diagnose. Weekblad. 14. III. (1 geheilter Fall.) — 80) Senn, Adenofibroma of the ovary. Am. gyn. and obst. journ. Vol. VIII. p. 394. — 81) Simons, Zur Casuistik der Dermoidcysten des Ovariums. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. III. S. 322. (Ein sehr complicirter Fall.) — 82) Sänger, Ueber Descensus und Pelvifixura ovarium (Versuch der Pelvifixura ovarii). Centralbl. f. Gyn. S. 241. — 83) Smith, A. J., An interesting solid ovarian tumour. Dublin journ. Jan. p. 33. (Myosarcom, Nachblutung, erneute Laparotomie, Heilung.) — 84) Stokes, Notes on ovariotomy. Ibid. July. p. 1. (12 Operationen, 2 †.) — 85) Storer, Malcolm, On the traumatic rupture of ovarian cyste with report of a case. Boston med. surg. journ. Vol. 135. No. 21. p. 518.

(Ruptur trat bei der combinirten Untersuchung ein: Operation, Heilung.) — 86) Derselbe, A study of axis rotation with especial reference to the torsion of ovarian tumors. Ibid. Vol. 134. No. 19. p. 461. — 87) Schülein, Tuboovarialtumoren. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 34. S. 533. (Laparotomie, Heilung.) — 88) Sutton, J. Bl., Surgical diseases of the ovaries and falopian tubes, incl. tubal pregnancy. With 146 ill. 8. London. — 89) Tait, L., The evolution of the surg. treatment of the broad ligament pedicle. Lancet. 16. May. p. 1338. (Empfehlung des Durchglühens der Stiele mit einem Galvanocauter um die Eiterung und den Durchbruch von Suturen zu umgehen.) — 90) Taylor, Dermoid cyste of both ovaries. Am. journ. of obst. Vol. 34. p. 371. (1 Fall Heilung.) — 91) Vogl, F., Genaue anatomisch-histologische Untersuchung von 12 Ovarientumoren. München. — 92) Waldo, Papilloma of the right ovary and of small cyste of the left ovary. Am. gyn. and obst. journ. Vol. VIII. p. 60. — 93) Waskressensky, Du massage des ovaires. Ann. de gyn. Tome 46. p. 457. (Empfehlung derselben bei Entzündungen und Neurosen, sowie bei Menstruationsstörungen.) — 94) Wenning, Clinical history of dermoid tumour of the ovary. Am. journ. of obst. Vol. 34. p. 695. (Nichts Neues.) — 95) Wilson, A case of abscess of the ovary with remarks on abdominal drainage. Ibid. Vol. 33. p. 382 u. 424. (Genesung.) — 96) Winterhalter, E. H., Ein sympathisches Ganglion im menschlichen Ovarium. Arch. f. Gynäkologie. Bd. 51. Heft 1. — 97) Wolff, Ueber die Tuberculose des Eierstocks. Ebendas. Bd. 52. S. 235. — 98) Zangemeister, W., Ueber Sarcome des Ovariums. Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 16. S. 397.

Wolff (97) hat mit grossem Fleisse die Casuistik der Tuberculose des Ovarium sowie die Ansichten der Autoren darüber gesammelt. Er fügt dem 17 neue Fälle hinzu, unter diesen befinden sich 2 mit allgemeiner Peritoneal-, Tuben- und Uterustuberculose, 2 nur mit allgemeiner Peritonealtuberculose, 2 nur mit Uterus- oder Tubentuberculose, ein Fall mit einzelnen Tuberkeln auf dem Peritoneum und 10 Fälle von Ovarialtuberculose ohne Betheiligung des Peritoneum, der Tuben oder des Uterus, wenn auch anderweite Organe erkrankt waren.

Wolff sieht hiernach die Tuberculose des Ovariums nicht so selten an als man bisher glaubte. Der Process geht von den Nachbarorganen auf das Ovarium über, eine andere Genese ist wenigstens bis jetzt noch nicht nachgewiesen. Ob man eine directe Vererbung im Ovarium anzunehmen hat, lässt Wolff noch dahingestellt.

Rosinski (77) giebt eine sehr genaue Beschreibung von 3 Endotheliomen des Ovariums, von welchen 2 doppelseitig und eines einseitig vorkamen; eines der ersteren zeigte gleichzeitige analoge Erkrankung des Magens. Die Arbeit enthält eine Reihe interessanter Einzelheiten, durch die der wechselnde Character des Endothelioms gut beleuchtet wird.

Nach Winterhalter (96) sind die Ovarialgefässe mit perivasculärem Geflecht umgeben; in der Zona vasculosa liegt nach dem Verf. ein Ganglion, bestehend aus Zellen vom Character der sympathischen Ganglienzellen; die Fortsätze derselben umschlingen in zahlreichen Windungen die Gefässe.

Engström (29) unterscheidet neben der kleinen Absprengung von Ovarialgeweben als überzählige Ovarien von einander 2 Arten, an der denen eine intrauterine Anlage ist, die andere durch entzündliche Processe entstanden sein kann.

Nach Goldspohn (38) entstehen Tuboovarialcysten durch Adhäsion zwischen Tube und Ovarium, nachdem diese cystisch dilatirt sind. Auch Tuboparovarialcysten lässt Verf. zu; für seltene Fälle wird congenitaler Ursprung angenommen.

Der dermoide Inhalt einer Ovarialcyste bestand, wie Knauer (51) publicirt, aus Flüssigkeit und abgerundeten festen Kügelchen dermoider Art. Mit Rokitansky meint er, dass in der reichlichen Absonderung von Flüssigkeit in die Cyste die Ursache dieser abnormen Erscheinung liegt. (Auch Ref. hat 2 mal solche Fälle gesehen, und ist geneigt chemische Eigenthümlichkeiten des Inhalts als Ursache anzuschuldigen.)

Als Ursachen von Blutungen in Ovarialcysten weist Löchlein (54) die Punction, die Stieltorsion und die Palpation kurz vor der Menstruation nach.

Langer (53) beschreibt 3 Abscesse im Ovarium ausführlich, die er als entstanden aus dem Corpus luteum ansieht; er hält diese Form jedenfalls für häufiger als Corpus luteum-Cyste.

Fabricius (31) veröffentlicht einen bemerkenswerthen Fall von secundärer Affection der Tube bei Endotheliom oder Sarcom des Ovarium, den er so erklärt, dass vor der malignen Erkrankung der Tube eine Hydrosalpinx sich gebildet hatte.

Davenport's (18) diagnostische Bemerkungen über kleine Ovarientumoren beziehen sich nur auf die symptomatische, nicht auf die objective Diagnostik. Die Haupterscheinungen seien Schmerzen, auch secundäre Uterusblutungen erwähnt er.

Zangemeister (98) berichtet über 39 Ovarialsarcome aus der Czerny'schen Klinik, sie vertheilen sich über die verschiedensten Lebensalter; die Störungen, welche durch die Geschwulst entstanden, waren sehr verschiedenartig, jedenfalls boten sie an sich nichts Pathognomonisches dar, ja einzelne Kranke werden direct als kräftig und gesund aussehend bezeichnet; doch war die Mehrzahl cachectisch, auch Ascites in 29 Fällen vorhanden. Metastasen an verschiedenen Stellen fanden sich 17 mal, 16 mal sass der Tumor rechts, 13 mal links, 10 mal waren beide Ovarien afficirt. 3 Operationen blieben unvollendet, von den übrigen 36 Patienten starben 4 an den Folgen des Eingriffes, 12 Patienten blieben recidivfrei.

Doran (22) berichtet über zwei eigene Fälle von Ovarialfibrom; die differentielle Diagnose gegen Sarcom ist manchmal schwierig. Unter 11 Fällen, die er gesammelt hat, war einmal die Erkrankung doppelseitig. Die Operationen waren stets einfach, die Symptome waren meist geringer als bei anderen Ovarialtumoren. Ferner stellt er mit einem eigenen noch zwei weitere Fälle zusammen von Fibromen des Ligamentum rotundum; diese enthielten mehrfach cystische Höhlen.

Aus 22 Beobachtungen schliesst Donnet (20), dass die Ignipunctur und partielle Ovarienresection bei diffuser Oophoritis und kleincystischer Degeneration in Bezug auf die Menstruationsstörungen und die Schmer-

zen wirksam ist, dass die Empfängniss danach folgen kann, dass Ausfallserscheinungen ausbleiben und daher principiell diese Art des Vorgehens besonders bei jugendlichen Individuen in Frage kommt.

Was Schroeder schon 1879 erfuhr, erlebte auch neuerdings, wie Condamin (10) mittheilt, Laroyenne. Bei wegen Adhäsionen nicht ganz exstirpirbaren Ovarialtumoren wurde die „Marsupilisation" — Vernähung und Versenkung des Restes — gemacht und nach einiger Zeit, als der Tumor wieder gewachsen war, gelang die vollständige Exstirpation. Sch. erklärte dies durch die gewonnene Erfahrung, Condamin nunmehr durch Druck der Umgebung auf die Cyste, so dass diese wie ein Tumor allmälig vorspriugt.

Malcolm (57) fand unter seinen im Ganzen sechs Todesfällen nach Ovariotomie 2 mal Darmocclusion in Folge von Adhäsion, 2 mal Shock, 2 mal Septicaemie als Todesursache.

Dor und Bérard (21) beschreiben einen Fall von carcinomatöser Degeneration einer Dermoidcyste des Ovarium, sie bemerken dabei, dass bisher im Ganzen 19 derartige Fälle beobachtet sind.

Etheridge (30) fand 3 mal in Ovarialabscessen den Pneumoniecoccus, und verificirte ihn durch Cultur und Thierimpfung; in einem Fall nimmt er an, dass die Infection auf dem Wege der Blutbahn, in den beiden andern durch die Oeffnung eines geplatzten Graaf'schen Follikels zu Stande kam.

Unter 5 vaginalen Ovariotomien, die alle erfolgreich waren, ging Bumm (5a) 3 mal vom hinteren, 2 mal vom vorderen Scheidengewölbe aus vor.

Unter den 12 Ovarialtumoren Vogl's (91) befinden sich 2 uniloculäre und 4 multiloculäre Cystome, letztere mit papillären Peritonealwucherungen, 3 multiloculäre Carcinome, 1 multiloculäres Flimmerepithelcystom und 2 Endotheliome. Verf. beschreibt dabei allerhand interessante Einzelheiten, ohne dabei über den Rahmen der anatomischen Casuistik hinüberzukommen.

Storer (86) giebt eine Uebersicht über Torsion von Ovarialtumoren, allerdings ohne eigene Beobachtung; er citirt eine grosse Reihe von Fällen aus der Literatur.

[1) Bogdanik, J., Fall von Ruptur einer Ovarialcyste in Folge Trauma. Nowiny lekarskie. No. 8 u. 9. — 2) Jezierski, F., Cystoma ovarii proliferum papillare. Ovariotomie. Resection eines grossen Theiles des Mesenteriums am absteigenden Colon und S. romanum. Heilung. Przeglad chirurgiczny. Band III. Heft 1.

Bogdanik (1). Ein 22jähriges, mit einer linksseitigen über mannskopfgrossen multiloculären Ovarialcyste behaftetes Mädchen war mit dem Bauche auf eine harte Unterlage gefallen, worauf sich Symptome einer peritonealen Reizung einstellten und freie Flüssigkeit in der Peritonealhöhle nachgewiesen werden konnte. Durch Punction wurden etwa 20 Liter einer klebrigen, dunkelrothen Flüssigkeit herausbefördert. 4 Tage später wurde der Tumor durch Laparotomie entwickelt, und konnte an demselben an 2 Stellen eine 17 bez. 6 cm lange Risswunde constatirt werden. Heilung durch langwierige Eiterung im Douglas und in der Operationswunde, sowie durch Abstossung zahlreicher Catgutligaturfäden protrahirt.

Jezierski (2). In dem von Krajewski operirten Falle handelte es sich um ein fast die ganze Bauchhöhle ausfüllendes, multiloculäres Cystom des linken Ovariums, welches sich zuerst intraligamentär und dann zwischen den Blättern des Mesenteriums der Flexur entwickelt hatte. Die Letztere sowie der untere Theil des Colon descendens lagen der Vorderfläche des Tumors auf. Die Entwickelung der Geschwulst bei der Operation ging nur äusserst mühevoll vor sich und wurde hierbei das Peritoneum des ganzen linken Beckenbodens sowie das Mesenterium der Flexur in einer Ausdehnung von 30 cm mitentfernt. Der des Mesenteriums beraubte Darm wurde vor die Bauchwunde gelagert und ein Anus praeternaturalis etablirt. Ins kleine Becken wurde ein Jodoformgazebeutel nach Mikulicz gelegt. Der vorgelagerte Darm stiess sich bis auf ein 5—6 cm langes Stück am centralen Ende necrotisch los. Glatter Wundverlauf. Der widernatürliche After wurde später zum Theil mittels Klemme, zum Theil operativ geschlossen. **Trzebicky** (Krakau).]

[1) Naumann, G., Cystoma ovariorum intraligamentare. Enucleation. Chirurgische Casuistik vom Lazareth in Helsingborg. Hygiea. LVIII. 2. p. 147—148. — 2) Derselbe, Cysta ovarii dextri. Peritonitis. Ovariotomia. Chirurgische Casuistik vom Lazarath in Helsingborg. Ibidem. LVIII. 2. p. 148—149.

Naumann (1). 69jährige Wittwe. Wiederholte Punctionen mit Entleerung mehrerer Liter dickflüssiger, eiterähnlicher Flüssigkeit, wonach harte Geschwulstmassen im Bauche palpirt werden konnten. Laparotomie. Schwierige Adhärenzen zur vorderen Bauchwand und zwischen den Gedärmen. Flexura sigmoïdea ohne Mesenterium nebst der in der Länge ausgezogenen linken Muttertrompete war an der Vorderseite der Geschwulst angewachsen. Das Peritoneum ging überall direct auf die Geschwulst über. Enucleation der Geschwulst Linie für Linie. Noch zwei Cysten im kleinen Becken. Vollständige Enucleation der einen, welche sich bis ins retroperitoneale Bindegewebe in der Fossa Douglasii erstreckte; die zweite, in der Fossa Douglasii länglich nach unten links gelegen, von der Grösse einer Apfelsine, wurde intact zurückgeliefert. Keine genaue Sutur des Peritoneums wegen seiner Zerfetzung in Folge der Zerreissung der unzähligen Adhärenzen. Unregelmässiges Fieber (38,8 ° C.). Grosse Schwäche, durch Aethereinspritzungen erfolgreich bekämpft. Später vollständige Heilung.

Derselbe (2). 36jährige Jungfer. Anschwellung des Bauches seit 3 Monaten mit Dysmenorrhe und heftigem Erbrechen. Abmagerung. Fieber (T. 38,9 ° C.). Uterus beinahe unbeweglich fixirt. Die Sonde dringt ungefähr 4 cm ein. Das vordere Scheidengewölbe von einer kindskopfgrossen, elastischen Geschwulst, deren Grenzen bei Palpation des Bauches etwas diffus erkannt werden, heruntergebuchtet. Laparotomie. Nachdem die Bauchwand durchschnitten worden war, kam N. in eine von der übrigen Peritonealhöhle durch Adhärenzen abgekapselte Höhle hinein. Diese war mit einer flockigen, trüben Flüssigkeit gefüllt. Die Cyste war durch Adhärenzen rings herum aussen auf der Vorderseite angelöthet. Uterus lag vom Exsudate unbeweglich fixirt. Bei den Versuchen die Cyste mit den Fingern loszutrennen, barst sie, und der graubraune, ziemlich dünnflüssige Inhalt kam sowohl in die abgekapselte Höhle, als auch in die oberhalb liegende Peritonealhöhle hinein. Der lange und schlanke Stiel, welcher in Krümmungen angelöthet war, bestand hauptsächlich aus der rechten Muttertrompete. Heilung.

A. Fr. Eklund (Stockholm).]

2. Erkrankungen der Tuben und deren Folgen (Pelveoperitonitis, Beckenabscess).

(Siehe jedoch auch den nächsten Abschnitt.)

1) Aspell, J., Tuberculosis invading the uterine adnexa. Am. gyn. and obst. J. Vol. VIII. p. 587. (2 Fälle.) — 2) Baldwin, The symptoms and diagnosis of salpingitis. Ibidem. Vol. IX. p. 581. (Entleerung der Pyosalpinx durch den Uterus ist unmöglich.) — 3) Baldy, Diffuse tuberculosis of uterine appendages. Am. J. of obst. Vol. 33. p. 250. — 4) Benoit, Kyste hydatique des trompes. Ann. de Gyn. Tome 45. p. 382. (Leider ohne genauere Untersuchung.) — 5) Bliesener, Die abdominale Radicaloperation bei entzündlicher Adnexerkrankung. Monatshefte für Geb. u. Gyn. Bd. III. S. 458 und Bd. IV. S. 15. 144. — 6) Bouilly, Note sur la pathogénie des affections périuterines. La semaine Gyn. No. 1. — 7) Bovée, Double pyosalpinx and double ovarian abscess. Americ. J. of obst. Vol. 33. p. 102. — 8) Derselbe, Right tuboovarian abscess and left Salpingitis. Ibid. — 9) Coromitas, Tuberculose du pubis et salpingite double tuberculeuse. Ann. de gyn. Tome 46. p. 460. (Injection von Resorcin und Campher in eine tuberculöse Ostitis mit Heilung.) — 10) Cushing, Vaginal hysterectomy for pyosalpinx and for uterine myomata. Bost. med. and surg. J. Vol. 134. No. 4. 23. I. p. 77. — 11) Degny, Infectious endocarditis following pyosalpinx. Ann. of gyn. Vol. IX. p. 749. (Section genau gemacht, bacteriologisches Resultat negativ.) — 12) Delagénière, B., Indication de la castration abdominale totale dans le traitement de certains cas de suppuration pelvienne. Inst. internat. de bibliograph. scientific. u. Ann. de gyn. Tome 46. p. 537. — 13) Delbet, De l'ablation abdominale des annexes sans ligature préalable. Ibidem. — 14) v. Dittel jr., Ein Fall von Zerreissung des Mastdarms bei abdominaler Adnexoperation. Centralbl. für Gynäkologie. S. 61. (Mit tödtlichem Ausgang.) — 15) Doléris, Kystes hydatiques du bassin chez la femme; salpingite double à echinocoques. La Gynécologie. 1. Année. p. 97. — 16) Doyen, Eugène, Traitement des suppurations pelviennes, de l'hystérectomie abdominale totale, traitement chirurgical des rétrodéviations utérines, du meilleur mode de fermeture de la paroi abdominale. Arch. prov. de Chir. Oct. p. 565. — 17) Duncan, W., Double pyosalpinx. London Obst. Tr. Vol. 37. p. 245 und 293. (Gleichzeitig intrauterine Schwangerschaft.) — 18) Dunning, Shall hysterectomy be performed in Inflammatory diseases of the pelvic Organs. Am. J. of obst. Vol. 34. p. 498. — 19) Fischel, W., Ueber einen Fall von primärem papillärem Krebs der Muttertrompeten, Laparotomie. Heilung. Prager Zeitschrift für Heilk. XVI. p. 143. — 20) Fish, Shall the uterus be left in situ in excision of the Adnexa. Am. J. of obst. Vol. 34. p. 738. — 21) Fourmeaux et Coulmont, Double péri-ovarosalpingite scléreuse ancienne, hystérectomie vaginale, myocardite infectieuse récente, Symphyse cardiaque ancienne. Mort subite au 4. jour. Archiv de tocolog. Vol. 23. p. 506. — 22) Frank, L., Operative Procedures for pelvic inflammation. Ann. gyn. and obst. J. Vol. 9. p. 448. — 22a) Gersuny, Eine Operation des Tubenverschlusses. C. f. Gyn. S. 35. (Einnähen der Ovarien in das incidirte Tubenende.) — 23) Griffiths, A case of true Hämatosalpinx — Laparotomy. Recovery. Brit. med. Journal. 26. 12. p. 1824. (Da beide Fimbrienenden verschlossen waren, ist es für Ref. nicht zweifelhaft, dass es sich wirklich um Hämatosalpinx handelte.) — 24) Hall. Hydrosalpinx. Am. J. of. obst. Vol. 33. p. 749. — 25) Hartmann, H., Traitement des suppurations pelviennes. Gaz. hebdomad. No. 72. p. 853. — 26) Derselbe, Traitement des inflammations des annexes et du péritoine pelvien. Ann. de gyn. Tome 46. p. 163. — 27) Harris, M. L., A case of undescended Ovary and Tube with Sactosalpinx purulenta profluens. Am. gyn. and obstr. J. Vol. VIII. p. 45. 117. — 28) Heidemann, Rechtsseitiger Adnextumor. Z. f. Geb. u. Gynäk. Bd. 35. S. 460. (Anatomische Deutung bleibt zweifelhaft.) — 29) Hirst, Torsion of the fallopian tube. Am. J. of obst. Vol. 33. p. 263. (Ein weiterer Fall dieser Complication.) — 30) Hundley, J. M., Three cases of pus tubes, in two of which the Gonococcus was present, in the other streptococcus pyogenes. Ibid. p. 689. — 31) Irish, Vaginal hysterectomy for pyosalpinx and for uterine myomata. Bost. med. and surg. J. 23. I. p. 82. — 32) Kalabin, Zur Frage über die Ablation der Adnexe des Uterus. C. f. Gyn. S. 1245. (Sehr langsame Rückbildung des Uterus nach Castration.) — 33) Kiefer, Die Virulenzverhältnisse der Adnexeiterungen. Z. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. S. 490. — 34) Laroyenne, Du traitement des collections pelviennes par un large débridement vaginal. Ann. de gyn. Tome 46. p. 172. — 35) Leopold, Zur vaginalen Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe wegen schwerer chronischer Erkrankungen derselben. Arch. f. Gyn. Bd. 52. S. 523. — 36) Martin, A., Die Krankheiten der Eileiter. Leipzig. 1895. — 37) Noble, Tubercular Pyosalpinx. Am. Journ. of obst. Vol. 33. p. 888. — 38) Pasca, Echinococco della salpinge. Bull. della Soc. Lancis. p. 81. (Der Echinococcus sass wirklich in der Tube, Operation. Heilung.) — 39) Petit, P., Note sur la pathogénie des Cystes paratubaires. La semaine gyn. No. 9. (Hält sie für Einstülpungen vom Peritonealepithel her.) — 40) Polk, W. M., Vaginal versus abdominal section in diseases of the female pelvic organs. Med. News. 4. I. p. 2. — 41) Derselbe, Surgical treatment of suppurative disease of the Appendages. Am. gyn. and obstr. J. Vol. VIII. p. 1 and 87. — 42) Regnier, S. R., Traitement des salpingites par l'éléctricité. Arch. de gyn. et de tocol. Vol. 23. p. 46. (Verfasser ist ehrlich genug, trotz seiner allgemeinen Empfehlung auch einen Todesfall zu berichten. Pyosalpinx, der nach Electrolyse eintrat, resp. durch sie nicht verhindert werde.) — 43) Robb, H., A case of double salpingo-oophorectomy: Excessive loss of blood from separated adhesions necessitating a second operation within three hours; Infusion with sterile normale salt solution during second operation, recovery. Am. J. of obst. Vol. 33. p. 537. — 44) Robb, Hunter, Tears of the Rectum in Abdominal Operations for Pyosalpinx and their Treatment. Cleveland Medical Gazette. August. — 45) Routh, Amand, Hydrosalpinx and small ovarian cyst removed by anterior colpotomy. Lond. obst. Tr. Vol. 38. p. 185. (Operation, Heilung.) — 46) Smyly, J., Pyosalpinx removed by anterior colpotomy. Brit. gyn. Journ. Part 44. p. 491. — 47) Stone, Tubes and ovaries. Amer. Journ. of obst. Vol. 33. p. 108. — 48) Derselbe, Pus Tubes removed without rupture or loss of Blood by carefully ligating all vessels. Ibidem. Vol. 33. p. 128. — 49) Derselbe, Tubes and Ovaries distended with Pus. Ibidem. Vol. 34. p. 73. — 50) Taylor, Myoma of the Fallopian Tube. Brit. gyn. Journ. Part 47. p. 305. (Wallnussgrosser Tumor am uterinen Ende.) — 51) Vineberg, H. N., Acute catarrhal salpingitis: its resemblance to appendicitis; differential diagnosis; treatment. Med. Rec. 21. XI. p. 735. (3 derartige Fälle.) — 52) Thorn, Haematosalpinx profluens. Ctbl. gyn. p. 1103. (1 derartiger Fall.) — 53) Waldo, R., Pyosalpinx. Am. gyn. and obst. J. Vol. 9. p. 775. (Bei Fieber und Peritonitis Laparotomie, Heilung.) — 54) Watkins, Double Tubo-ovarian Abscess with Papillomata. Ibid. Vol. VIII. p. 389. — 55) Derselbe, Technic of abdominal salpingo-oophorectomy without pedicle. Medical News. Vol. 69. No. 6. 8. VIII. — 56) Wetherill, H. A.,

Supernumerary Oviducts and typical hydatid of Morgagni with a large uterine fibroid: Hysterectomy. Amer. Journ. of obst. Vol. 34. p. 373. (1 Fall derart.)

A. Martin's (36) Buch über die Krankheiten ist nicht ein Lehrbuch allein im Sinne der Zusammenstellung von Bekanntem, sondern ein Werk mit vieler eigener Arbeit, deren Resultate zu weiterer Untersuchung anregen werden. Entsprechend dem geringen hier zur Verfügung stehenden Platz kann dasselbe hier nur erwähnt werden.

Watkins (55) will bei der Castration wegen Pyosalpinx so vorgehen, dass er nach Laparotomie das Ligamentum infundibulo-pelvicum mit einer Naht umsticht und mit demselben Faden in fortlaufender Weise nach Excision der Tube und des Ovarium die Wunde im Lig. latum übernäht.

Cushing (10), Engelmann und Irish (31) besprechen die Stellung der vaginalen Uterusexstirpation bei Pyosalpinx und Myom; während die beiden ersten die bekannten Gründe für den vaginalen Weg betonen, und deshalb die Operation empfehlen, will Irish sie nur bei ausgedehnten Beckenabscessen zulassen.

Dunning (18) will die vaginale Uterusexstirpation wegen doppelseitiger Anhangserkrankung nur in einem kleinen Bruchtheil von Fällen zulassen, im Wesentlichen bei septischen Infectionen. Dagegen will er im Allgemeinen den Uterus erhalten, weil meist der Process ohne so radicalen Eingriff heilbar ist. Macht man die Uterusexstirpation aus dieser Indication, so muss man drainiren.

Neben Prioritätsstreitigkeiten findet sich in Doyen's (16) Arbeit eine Uebersicht über die Technik seiner vaginalen Uterusexstirpation bei Anhangstumoren — hier will er zuerst den Douglas'schen Raum öffnen, um feststellen zu können, ob der Uterus erhalten werden darf, dann die Spaltung der vorderen Wand des Cervix und Uteruskörpers machen, den Uterus und Anhänge vor die Vulva führen und jederseits mit einer grossen und einer kleinen Klemme die Ligamente versorgen — und ferner seiner Laparomyomotomie. Auch bei dieser Operation geht D. seine eigenen Wege; er eröffnet das Abdomen, wälzt den Tumor heraus, schneidet dann von oben die Scheide im Douglas'schen Raum auf, packt die Portio und zieht an dieser kräftig. Dadurch löst sich der Uterus von der Blase und jederseits braucht er nun nur 2 Ligaturen anzulegen; das Peritoneum wird tabaksbeutelartig genäht und in die Scheide hineingezogen.

Bliesener (5) empfiehlt auf Grund der Erfahrungen von Bardenheuer bei entzündlichen Erkrankungen der Anhänge, wenn diese so verändert sind, dass sie beiderseits entfernt werden müssen, principiell die Laparotomie, aber gleichzeitig auch die Exstirpation des Uterus. 40 Fälle sind so operirt worden; besonders ist Bardenheuer zu dieser Methode gekommen, da er 14 mal nach Castration nachträglich noch den Uterus exstirpiren musste. Die Methode ist dadurch von der aller übrigen Operateure abweichend, dass versucht wird, von der vorderen Wand des Bauches ab das Peritoneum über die erkrankten Theile abzupräpariren oder stumpf abzuziehen und unterhalb desselben die Adnexe und den Uterus zu exstirpiren. So bleibt der Inhalt der Bauchhöhle von der Wundfläche durch intactes Peritoneum abgeschlossen, und es wird eine grosse Höhle nach der Vagina drainirt. Von 40 Fällen verlor Bardenheuer 2.

Delagénière (12) hat zwar unter 10 Operationen, bei denen er mittelst Laparotomie den Uterus und Anhänge wegen eitriger Erkrankungen der letzteren exstirpirte, 2 verloren, ist aber doch der Meinung, dass sie unter bestimmten Umständen — Metritis, hochsitzende Tubensäcke — principiell, unter anderen — bei Unsicherheit der Diagnose zieht er die Laparotomie vor — eventuell in Frage kommt und als ergänzende Methode segensreich ist.

Mit Gill Wylie kritisirt Frank (22) die vaginalen und abdominalen Operationen in der Weise, dass er sagt, wären die französischen Chirurgen so erfahren in der Laparotomietechnik gewesen, als die Engländer und Deutschen, so würde der vaginale Weg nicht so empfohlen worden sein.

Delbet (13) ist bei Erkrankung der Anhänge des Uterus der Laparotomie treu geblieben; er hat unter 135 Fälle 3,7 pCt. Mortalität. Er will die Nachtheile der Laparotomie durch sorgfältige Naht umgehen und will die Gefässe nicht en masse, sondern isolirt unterbinden.

Fischel (19) publicirt einen neuen Fall von papillärem Carcinom der Tuben, den er bei einer 40 Jahre alten Frau beobachtete und operirte. Die gegebenen Abbildungen sind zwar nicht sehr klar, doch unterliegt es wohl keinem Zweifel, dass es sich hier um die diagnosticirte Erkrankung handelte, besonders da Patientin bald nach der Entlassung zu Grunde ging. Verf. giebt dabei eine Uebersicht über die bisherigen Fälle.

Kiefer (33) hat die Frage der Virulenz der Adnexeiterungen genau untersucht; er macht darauf aufmerksam, dass mit Ausnahme der Fälle, in denen die Säcke mit der Aussenwelt in Verbindung stehen, nach Dauer von $^1/_4$—1 Jahr die Virulenz in den geschlossenen Säcken abnimmt oder verschwindet.

R. Hartmann (26) will bei Beckenperitonitis, wenn keine Eitersäcke bestehen, durch Bettruhe und resorbirende Behandlung heilen; die Dilatation des Uterus, wie sie bekanntlich mehrfach in Frankreich eingeschlagen ist, soll man nur bei diffusen Schwellungen, nicht bei grösseren Tumorenbildungen vornehmen. Bei 167 Operationen hat er 8 Todesfälle gehabt, von denen er nur 7 anerkennt, und zwar hat er 104 mal die Laparotomie (4 †) — 47 mal vereiterte Anhänge, 11 Tubenschwangerschaften, 10 Hydrosalpingen, 27 Anhangserkrankungen, 9 sclerocystische Ovarien — gemacht, 39 mal die vaginale Uterusexstirpation (3 †) — 19 bei eitriger, 20 mal bei nicht eitriger Erkrankung — und 22 mal die Colpotomia posterior — 14 Anhangseiterung, 6 Hämatocelen, 2 Exsudate — gemacht.

Wenn auch die vaginale Exstirpation des Uterus und der Anhänge, functionell ausgezeichnete Resultate giebt, so erhebt Hartmann doch Bedenken; man kann die

Anhänge vaginal nicht immer entfernen, die Technik der Operation ist viel schwieriger. Die Laparotomie ergiebt aber auch primär gute Resultate, man hat den Vorzug alles zu sehen. Er ist ferner der Meinung, dass man conservativer operirt bei Laparotomie als bei vaginaler Operation, theoretisch will man zwar hier auch erst untersuchen etc., in Wirklichkeit exstirpirt man gleich den Uterus und die Anhänge. Aus diesem Grunde hält er für viele Fälle an der einfachen Incision von der Scheide aus fest. Colpotomia anterior hat er nicht versucht, Punction der cystischen Ovarien ergab ihm nicht das gewünschte Resultat.

Laroyenne (34) tritt für die Eröffnung der Abscesse von der Scheide aus ein und versucht hierdurch die Exstirpation zu umgehen.

Leopold (35) berichtet über 20 vaginale Totalexstirpationen des Uterus wegen eitriger Erkrankung der Anhänge; unter nun 57 Operationen derart hatte er nur einen Todesfall. Manche interessante Einzelheit bringt der Bericht, in Bezug auf die Technik ist er bei der Anwendung der Ligaturen geblieben.

Fish (20) will bei Entfernung der Anhänge möglichst den Uterus erhalten; bei Erhaltung nur des Cervix empfiehlt er den Stumpf zu ventrifixiren, um Prolaps zu vermeiden.

Doléris (15) beschreibt einen grossen doppelseitigen Tumor der Tuben, welcher Echinococcen enthielt. Es fanden sich daneben nur abgestorbene Blasen im Netz, sonst nirgends. Doléris bildet die beiden uterinen Enden der Tuben, wie er sie vom Uterus abgebunden hat, ab. Eine microscopische Untersuchung der Wand der Tube, wie der Echinococcen fehlt.

Bouilly (6) hebt hervor, dass der Einfluss der Salpingitis in der Aetiologie der Perimetritis vielleicht übertrieben wird; er will auch auf dem Wege der Lymphbahnen eine Verbreitung der entzündlichen Processe anerkannt sehen und erklärt die Besserung vieler Beckenperitonitiden durch die alleinige Uterusexstirpation durch die Thatsache, dass die Tuben überhaupt frei geblieben sind.

Polk (40) will bei acuten Entzündungen der Uterusanhänge nur von der Scheide aus incidiren, bei einseitiger Erkrankung vaginal operiren, bei doppelseitiger Erkrankung die vaginale Radicaloperation vornehmen, bei Eiterungen will er möglichst vaginal vorgehn, muss man laparotomiren, so soll man immer den Uterus mit entfernen.

Robb (43) bespricht im Anschluss an Saenger's Mittheilung die Zerreissung des Rectum bei Pyosalpinxlaparotomien; er hat in einem Fall einen 6 cm langen Querriss des Rectum genäht und unter Mikuliz'scher Drainage geheilt.

C. Ligamente. Beckenbindegewebe. Peritoneum.

1. Ligamenta (rotunda, lata incl. Entzündung).

1) Ashby, The dangers of delay in dealing with pus in the pelvis. Am. Journ. of obstr. Vol. 33. p. 348. 424. (Möglichst frühzeitige Entfernung des Eiters empfohlen.) — 2) Bonnardière, Du traitement des collections pelviennes par l'élytrotomie postérieure interligamentaire et le drainage pelvien par un drain double à pavillon d'arrêt. Ann. de gyn. Tome 45. p. 45 u. 118. — 3) Condamin, De la Douglassite. Lyon méd. 27. IX. p. 109. — 4) Derselbe, Des Indications de la columnisation en gynécologie. Ibidem. 8. II. No. 45. — 5) Cordier, The vaginal or the abdominal method of dealing with inflammatory diseases of the pelvis. Am. gyn. and obstr. Journ. Vol. 9. p. 160. (Bedenken allerhand Art gegen den vaginalen Weg.) — 6) Eichholz, Zur Allgemeinbehandlung der Beckenexsudate. Wien. med. Pr. S. 962. No. 29. — 7) Gessner, Myoma ligamenti rotundi. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 34. S. 297. (Bei Operation gefunden, anatomisch genau untersucht.) — 8) Hansemann, Myoma ligamenti rotundi. Ebendas. Bd. 34. S. 294. (Ein derartiges Präparat.) — 9) Garceau, E., A case of pelvic cellulitis with abscess miscarriage, pyaemia, celiotomy, death. Boston med. surg. 7. 12. III. p. 260. — 10) Hall, R. B., The most potent causes of pelvic inflammation. Am. Journ. of obstr. Vol. 34. p. 729. — 11) Derselbe, The most potent causes of pelvic inflammation. Ibidem. Vol. 34. p. 834. (Puerperale Infection und Gonorrhoe.) — 12) Hallowell, W. E., A broadligament tumour of a remnant of the Wolffian duct. Ibidem. Vol. 33. p. 64. (Intraligamentöser Tumor.) — 13) Hanks, Study of the pathological conditions of the pelvic which ought to be attached from the vagina. Am. gyn. and obstr. Journ. Vol. 8. p. 706. — 14) Höfler, Ueber Dermoidcysten des Beckenbindegewebes. Diss. inaug. Halle a. S. — 15) Legueu, F., Kyste Wolfien du ligament large. Ann. de gyn. Tome 45. p. 114. — 16) Manley, Th. H., Serocystic disease or hydrocele in women. With report of a case. Ann. of Gyn. and Paed. Vol. 9. p. 574. — 17) Noble, Ch. P., A case of suppuration in the connective tissue of the pelvic unconnected with disease of the Fallopian tube. Am. Journ. of obstr. Vol. 33. p. 546—569. (Statt gleich den parametritischen Abscess zwischen Blase und Uterus vom vorderen Scheidengewölbe aus zu öffnen, machte N. erst die Laparotomie, fand alles normal und erst jetzt ging er an die vaginale Abscessincision.) — 18) Derselbe, Drainage versus radical operation in the treatment of large pelvic abscesses. Journ. of Am. Med. Ass. S. VIII. (8 durch Drainage geheilte Fälle.) — 19) Pryor, Wm. R., How can suppuration be best prevented in acute pelvic inflammations. Med. News. Vol. 69. Sept. 5. No. 10. — 20) Rendu, Kyste dermoide du ligament large. Ann. de gyn. Tome 46. p. 41. (1 geheilter Fall.) — 21) Regnier, Traitement des suppurations pelviennes. Ibidem. Tome 46. p. 176. — 22) Richelot, L. M., Sur le traitement des suppurations pelviennes. L'union médicale. No. 37. (Als Hauptoperation empfiehlt Richelot die vaginale Uterusexstirpation.) — 23) Derselbe, Sur le traitement des suppurations pelviennes. Ann. de gyn. Tome 46. p. 183. — 24) Schaefer, Ein Fall von einer Cyste im Ligamentum rotundum aus der Greifswalder gynäkologischen Klinik. Greifswald. 1895. (Tumor sass wie meist vor dem Leistencanal.)

Pryor (19) glaubt bei infectiösen Erkrankungen des Uterus mit Sicherheit der Eiterbildung und Exsudation durch Curettement des Uterus vorbeugen zu können.

Condamin (4) empfiehlt erneut als Columnisation die Tamponade der Scheide mit in Glycerin getränkter Watte; er ist mit den Erfolgen derselben bei Beckenperitonitis sehr zufrieden, ja er sieht erst in dem Umstand, dass die Methode nicht vertragen wird, die Indication zur Salpingectomie.

Regnier (21) will möglichst bei der Frage, ob man Erkrankungen der Anhänge von der Scheide oder

durch Laparotomie angreifen soll, individualisiren, aber im Allgemeinen zieht er die Laparatomie bei weitem vor. Auch Richelot (22) spricht sich für verschiedene Verfahren je nach den vorliegenden Verhältnissen aus, doch sieht er als Hauptoperation die vaginale Uterusexstirpation an und will Laparotomie oder einfache vaginale Incision für besondere Fälle reserviren.

Condamin (3) hält den Namen „Douglassitis" für besser, als den der Parametritis und Perimetritis posterior.

Der Versuch der Incision und Drainage vom hinteren Scheidengewölbe ist unseres Erachtens nicht neu; Bonnardière (2) empfiehlt dasselbe warm und publicirt eine Reihe von so operirten und geheilten Fällen.

Hanks (13) will bei eiterigen Erkrankungen im Becken, bei Ovarialabscess, Tubenschwangerschaft, kleinem Ovarialtumor, kleinen Uterusmyomen oder Uteruscarcinomen den Weg von der Vagina der Laparotomie gegenüber vorziehen.

In Höfler's (14) Fall ging eine Dermoidcyste von der Basis des linken Lig. latum aus, sodass sie seitlich von der Vulva und am Damm vorwölbte. Die Operation geschah vom Damm her.

[1) Podziemski, Z., Ein Fall von puerperaler Peri- und Parametritis behandelt nach Fochier. Medycyna. No. 7. — 2) Kasprzak, M., Ein Fall von Fibromyom des Ligamentum latum. Ibidem. No. 30. (Eine zweifaustgrosse Geschwulst des linken breiten Mutterbandes wurde durch das rückwärtige Scheidengewölbe exstirpirt.)

Podziemski (1) berichtet über einen schweren Fall von septischer Para- und Perimetritis, in welchem er nach dem Rathschlage von Fochier 1 ccm Terpentinöl subcutan injicirte. Die Injection war von einer Besserung des subjectiven Befindens und Abnahme der objectiven Symptome gefolgt. An der Injectionsstelle hat sich ein Abscess entwickelt, dessen Eiter jedoch bacteriologisch nicht untersucht wurde. Verf. ist der Ansicht, dass in diesem Falle der septischen Infection nur durch die durch die Injection von Terpentin bedingte locale Abscessbildung Einhalt geboten wurde; — den für das „propter hoc" übrigens sehr schwer zu erbringenden Beweis ist er schuldig geblieben.

Trzebicky (Krakau).]

2. Hämatocele.

1) Cestan, Les hémorrhagies et l'hématocèle pelviennes intrapéritonéales. Arch. de tocolog. Vol. 23. p. 591. — 2) Delore, Note critique sur l'hématocèle. Lyon med. 15. III. No. 11. p. 355. (D. lässt eine menstruelle Entstehung der Haematocele noch zu.) — 3) Schramm, Ein neuer Fall von Haematoma ligamenti rotundi uteri. C. f. Gyn. S. 1139. (Ein anatomisch sicherer Fall, Aetiologie nicht klar.)

Cestan (1) giebt eine Sammlung von Fällen von Haematocele aus der Literatur und gelangt auf Grund von 531 Beobachtungen zu dem bemerkenswerthen Resultat, dass unter den Operationen an der Moribunden 16 pCt. zum Tode führten, während von den secundären vaginalen Incisionen nur 1 pCt. tödtlich endete. Er meint, der Schluss hieraus für die Therapie sei naheliegend. (Immerhin nicht so ganz, weil man nicht 16 pCt. von der ersten Categorie verlor, sondern 84 pCt. sonst verlorene Fälle rettete. Ref.)

3. Peritoneum und Allgemeines über Laparotomie.

1) Anderson, H. G., Suppurative pelvic Peritonitis. Report of case. Am. gyn. and obst. Journ. Vol. VIII. p. 194. (Vaginal operirt.) — 2) Baldy, Embolism complicating abdominal Section. Ibidem. p. 321. (4 Fälle.) — 3) Derselbe, Acute pelvic peritonitis from the standpoint of a general practitioner. Med. surg. Rep. p. 9. 4. VII. (Besprechung der nicht operativen Therapie.) — 4) Blondel, Chronique. La Péritonite postopératoire. La Gynécol. 1. Année. p. 148. (Referat.) — 5) Boise, E., The pathology and treatment of shock. Am. gyn. and obst. Journ. Vol. VIII. p. 325. (Bestätigung seiner sehr früheren Ansichten.) — 6) Derselbe, The differential diagnosis of shock Haemorrhagic and Sepsis. Ann. of Gyn. Vol. XI. p. 77. — 7) Brockmann, R., Ueber die Tuberculose des Peritoneums und der weiblichen Genitalien. Diss. inaug. Erlangen 1895. (Ein durch Laparotomie vorläufig geheilter Fall von Tuberculose der Tuben u. des Peritoneum.) — 8) Bröckerhoff, E., Improvisirte Laparotomien, ihre Indicationen und Prognose. Diss. inaug. Erlangen 1895. — 9) Bröse, P., Ueber gonorrhoische diffuse Peritonitis. Berl. klin. Wochenschr. 23. III. S. 261 u. 31. VIII. S. 779. — 10) Byford, H. T., Drainage in Peritoneal Surgery. Am. gyn. and obst. Journ. Vol. VIII. p. 295. — 11) Clark, J. A., Prevention of Thirst following abdominal operations. Am. Journ. of obst. Vol. 34. p. 184. — 12) Ebner, Ueber wiederholte Laparotomien an ein und derselben Person. Dissert. inaug. Erlangen. — 13) Edebohls, G. M., What is the best method of making and of closing the coeliotomy incision. Am. gyn. and obst. Journ. May. Vol. VIII. p. 561. — 14) Graefe, Erwiderung auf die Bemerkungen des Herrn Prof. Dr. Kossmann, betreffend Elytroperitonaeotomie. C. f. Gyn. S. 753. — 15) Giresse, M., Des occlusions intestinales post-opératoires cons. à l'hystérectomie vaginale. S. Paris. Soc. d'étid. sc. — 16) Heil, Ueber die Entstehung des Hautemphysems nach Laparotomien. Arch. f. Gyn. Bd. 52. S. 435. — 17) Hickman, The management of cases after abdominal operations. Am. Journ. of obst. Vol. 34. p. 334. (Nichts Neues.) — 18) Hook, W. van, The adventages and Technique of capillary abdominal drainage. Am. gyn. and obst. Journ. Vol. VIII. p. 304. — 19) Howitz, The method of closing the abdominal incision after laparotomy and the Uniting of the Wound. Annal. of gyn. Vol. 10. p. 145. — 20) Humiston, A method of preventing Thirst after celiotomy with a study of the Urine. Am. Journ. of obst. Vol. 34. p. 193. — 21) Jahreiss, Ein Fall von Platzen der Bauchwunde nach Laparotomie. C. f. Gyn. S. 944. (Schnelle Reposition des vorgefallenen Darmes und Naht rettete die Patientin.) — 22) Kehrer, Bauchnaht bei Laparotomien. Ebend. S. 1122. (Achtertourförmige Bauchnaht.) — 23) Keith, Th., Unusual complications in two cases of removal of the Ovaries and Fallopian Tubes. Brit. gyn. Journ. Part 44. p. 484. (In einem Fall eine subperitoneale Schwellung, die sich verschob, im anderen starke Adhäsion des Proc. vermiformis.) — 24) Kossmann, Für die Elytroperitonaeotomie. C. f. Gyn. S. 601. (Polemisches.) — 24a) Derselbe, Ueber die Verhütung der Bauchhernie. Ebendas. S. 1126. (Empfehlung des lockeren Anlegens von 3–4 Nähten durch die ganze Bauchwand.) — 25) Krusen, W., 2 Cases of Parotitis following coeliotomy. Am. gyn. and obst. Journ. Vol. IX. p. 588. (Beide Fälle genesen.) — 26) Küstner, O., Der suprasymphysäre Kreuzschnitt, eine Methode der Coeliotomie bei wenig umfänglichen Affectionen der weiblichen

Beckenorgane. Monatsschr. f. Geb. und Gyn. Bd. IV. S. 197. — 27) Leamann, A case of adhesion of the appendix to the right cornu of the Uterus following ex Battey's Operation with Specimen. Am. gyn. and obst. Journ. Vol. IX. p. 602. (Tod an der Operation.) — 28) Leitzell, Successfull secondary celiotomy for hemorrhage twelve hours after the primary operation. Phil. med. and surg. Rep. Vol. LXXV. 29. VIII. p. 263. (Secundäre Operation nach Castration und Ventrofixation, Erfolg trotz Herzfehler, Albuminurie etc. und trotzdem L. die fassende Klemme 48 Stunden liegen liess.) — 29) Lockhart, Secondary Laparotomy. Am. gyn. and obst. Journ. Vol. VIII. p. 212. (2 Fälle.) — 30) Mackenrodt, A., Beitrag zu den vaginalen Adnexoperationen. Berl. klin. Wochenschr. 16. III. S. 237. — 30a) Derselbe, Ueber den hinteren Scheidenbauchschnitt. gr. 9. Leipzig. Samml. klin. Vorträge. 156. — 31) Derselbe, Hinterer Scheidenbauchschnitt. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd. 34. S. 348. — 32) Martin, A., Anterior Colpotomy. Brit. med. Journ. 4. I. p. 10. — 33) Miller, A. B., Conjoined abdominal and vaginal Section: Advantages gained in drainage by this method. Am. Journ. of obst. Vol. 34. p. 340. (Legt besonderen Werth auf rechtzeitige Entfernung der Gaze.) — 34) Noble, Ch. P., A consideration of some of the newer Problems in abdominal and pelvic surgery. Ibidem. Vol. 32. No. 6. — 35) Derselbe, Remarks on the use of the buried permanent suture in abdominal surgery. Am. gyn. and obst. Journ. Vol. 9. p. 756 and 789. (Fortlaufende Etagennaht.) — 36) Pacquay, La colpotomie antérieure. Ann. de gyn. Tome 45. p. 436. (Uebersicht über die Angaben von Dührssen, Mackenrodt und Martin.) — 37) Palmer, Tubercular Peritonitis. Am. Journ. of obst. Vol. 33. p. 895. — 38) Penrose, A useful method of gauze drainage of the abdomen. Ibidem. Vol. 34. p. 263. — 39) Peterson, R., Treatment of pelvic suppuration by abdominal Section without hysterectomy. Vol. 34. p. 31. — 40) Philips, J., Anterior Colpotomy. London Obst. Tr. Vol. 38. p. 213. — 41) Price, J., Presentation of postoperative sequelae and how they favour Mortality. Am. gyn. and obst. Journ. Vol. VIII. p. 573. — 42) Pryor, R., A method of examining the pelvic contents which renders exploratory laparotomy unnecessary in inflammatory conditions of the adnexa uteri and in certain other diseased states of the pelvic viscera. Medic. Record. Vol. 50. No. 2. 11. VII. p. 37. — 43) Richardson, M. H., Remarks upon intestinal obstruction from kinks and flexures as the result of pelvic operations and inflammation with especial reference to hysterectomies. Boston med. a. surg. J. 9. VII. p. 32. — 44) Rissmann, P., Ueber peritoneale Plastik mit besonderer Berücksichtigung der Vaginofixatio uteri. Berl. klin. Wochenschr. 20. VII. S. 650. — 45) Senn, N., The indications and Modes of Drainage of the abdominal and vaginal section. Amer. gyn. and obst. Journ. Vol. VIII. p. 290. (Nicht zu viel Drainage empfohlen.) — 46) Shaw, A rarely recognised complication in the convalescence from an abdominal section. Brit. gyn. Journ. Part. 45. p. 97. (Aspirationspneumonie.) — 47) Siefart, Zur Indication und Technik der vaginalen Laparotomien. Deutsch. med. Wochenschr. No. 29. S. 466. — 48) Schaeffer, O., Zur Technik der Bauchschnittnaht. Centralbl. für Gyn. S. 1022. (Empfehlung der 8 Tour, eventuell mit Muskelkreuzung.) — 48a) Derselbe, Weitere Angaben zur Technik der Bauchschnittnaht. Ebendas. S. 1215. — 49) Steffeck, Zur vaginalen Coeliotomie. Berlin. klin. Wochenschr. 2. XI. S. 978. — 50) Stirton, J., Vaginal versus abdominal surgery. Glasgow Journ. Dec. p. 411. — 51) Sutton, J. Bland, Gonorrhoeal peritonitis. Brit. med. Journal. 31. 10. p. 1308. — 51a) Derselbe, Acute septic salpingitis. Ibidem. p. 1310. — 52) La Torre, Dovan, Bautock, Doléris, Rapin, Laroyenne, Jayle, Condamin, Queirel, Byford, Rendu, Rein, Doyen, Quel est le mode de fermeture de l'abdomen qui paraît garantir le mieux contre les abcès, les éventrations et les hernies. La Gynécologie. 1. p. 522. Ann. de Gynécologie. Tome 46. p. 353. — 53) Tucker, A. B., Sinus with sutures of silkworm gut removed from an abdominal cicatrix over two years after operation. Am. gyn. and obst. Journ. Vol. VIII. p. 641. — 54) Watkins, T. J., Drainage in abdominal section for pelvic disease. Ibidem. p. 298. — 55) Wendeler, Ueber einen Fall von Peritonitis chronica productiva myxomatosa nach Ruptur eines Kystadenoma glandulare ovarii. Monatsschr. f. Geburtsh. und Gyn. Bd. III. S. 186. — 56) Derselbe, Ueber die Colpotomia anterior und ihre Erfolge. Berl. klin. Wochenschrift. 6. I. S. 11 u. 35. (Uebersicht über 149 Operationen Martin's, ohne Todesfall.) — 57) West, A successful secondary Laparotomy for haemorrhage following abdominal Hysterectomy. Amer. gyn. and obst. Journ. Vol. VIII. p. 584. (Genesung.)

Rissmann (44) hat die Entstehung und das Wiederverschwinden von Adhäsionen in der Bauchhöhle experimentell studirt. Verschiedene Thiere wurden laparotomirt und einzelne Organe untereinander vernäht. Accidentell bilden sich nach ihm bei peritonealen Operationen leicht mehr Adhäsionen als man beabsichtigt hat; solche Verwachsungen gehen aber leicht wieder auseinander, wenn es sich nur um seroseröse Vereinigung handelt; serofibröse oder durch Infection entstandene seroseröse halten sehr viel fester.

Sorgfältige Naht der Laparotomiewunde insbesondere auch gute Vereinigung des Peritoneum und der Fascien verhindert die Entstehung von Hautemphysem nach der Laparotomie, wie Heil (16) experimentell am Kaninchen und an der Kinderleiche zu erweisen versucht.

Küstner (26) will die Incision quer im behaarten Theil des Mons veneris anlegen, um die Bauchnarbe möglichst wieder unsichtbar zu machen.

Howitz (19) will die Bauchincision bei Laparotomie 2 cm entfernt von der Linea alba anlegen und mit Achterfäden wieder schliessen.

Edebohls (13), der vor kurzem versenktes Silkworm zum Schluss der Bauchwunde empfohlen hatte, erlebte mehrfach Herauseitern der versenkten Fäden und so will er jetzt fortlaufend Chromcatgut versenkt anwenden.

In einem Fall von schwerer septischer Salpingitis, in dem Bland Sutton (51a) die Entfernung der Tube vornahm, fand er neben dem Ovarium das Fimbrienende der Tube in eine Cyste mündend — unklaren Ursprungs wie er sagt. (Saenger, Zedel, Fritsch besprechen derartige Fälle.)

Philips (40) berichtet über 4 Fälle von vaginaler Laparotomie durch das vordere Scheidengewölbe; er ist kein begeisterter Anhänger geworden in dem Sinne, dass er die Operation in zu grosser Ausdehnung anwendet. Wenn indicirt, hält er sie aber für segensreich.

Steffeck (49) will die Eröffnung der Bauchhöhle vom vorderen Scheidengewölbe aus bei kleinen beweglichen Ovarialgeschwülsten, bei kleinen interstitiellen und subserösen Myomen (falls sie überhaupt operirt werden müssen), bei Tubenerkrankungen ohne Tumor-

bildung für angezeigt halten, dagegen bei Erkrankungen der hinteren Beckenhälfte sowie bei adhärenten Tuben- und Ovarienerkrankungen vermeiden. Hier hält er vielmehr die Colpotomia posterior für angezeigt; kleine Ovarientumoren, die im Douglas'schen Raum liegen und Perimetritis posterior soll man gleichfalls auf letzterem Wege angreifen.

Siefart (47) beschreibt 7 vaginale Laparotomien, in denen, um mehr Platz zu gewinnen, die Basis des Ligamentum latum der einen Seite nach Unterbindung der Uterina durchschnitten und nun vor wie hinter dem Uterus das Peritoneum eröffnet wurde.

Peterson (39) will sich zur Uterusexstirpation bei Beckeneiterung nur dann entschliessen, wenn auch der Uterus schwer verändert ist, bei Tuberculose der Anhänge, eventuell in schweren Fällen zur Sicherung der vaginalen Drainage oder endlich bei schwereren Verletzungen, die man bei der Laparotomie wegen Pyosalpinx am Uterus setzt. Im Uebrigen aber räth er zu conservativem Vorgehen.

Nach Stirton's (50) Erfahrung liegt der Nachtheil der Laparotomie in den Hernien, den Bauchabscessen und den schlechten Resultaten bei Hämatocele und Extrauteringravidität, sowie in den Gefahren späterer Schwangerschaft. Vaginal will er vorgehen bei allen Beckenabscessen, bei Hämatocele, Extrauteringravidität in der ersten Hälfte der Schwangerschaft, bei Ovarialprolaps, fixirter Retroflexio sowie zur Entfernung im Becken liegender Myome.

Die von Dührssen angegebene vaginale Laparotomie wird neuerdings auch von A. Martin (32) mit geringen technischen Modificationen ausgeführt und in grosser Ausdehnung empfohlen.

Mackenrodt (30a) publicirt seine auf ca. 40 Operationen beruhenden Erfahrungen mit der Eröffnung des Peritoneum vom hinteren Scheidengewölbe aus; er theilt 22 Krankengeschichten ausführlich mit. Er zieht diesen Weg vor, weil die bimanuelle Lösung von Adhäsionen leichter gelingt, hat Tuben- und Ovarienerkrankungen sowie Tumorenbildungen dieser Organe auf diesem Wege leicht angreifen respective entfernen können.

Noble (34) bespricht an der Hand seiner 37 abdominalen Hysterectomien mit 6 Todesfällen mehrere allgemeine Gesichtspunkte, insbesondere empfiehlt er gegenüber der Castration die Uterusexstirpation oder den abdominalen Weg im Gegensatz zum vaginalen — den er nur 2 mal gegangen ist. Ein definitives Urtheil hält er besonders deshalb für schwer, weil die strenge Grenze zwischen abdominaler und vaginaler Operation noch nicht gezogen ist.

Bland Sutton (51) machte in einem anscheinend verzweifelten Fall von Peritonitis in der Annahme eines Ausganges vom Vermiformis über dem Coecum eine Incision; dieses fand sich gesund, dagegen beide Tuben schwer verändert, Entfernung derselben, Auswaschen der Beckenbauchhöhle, Drainage, Heilung. In den Tuben wurden neben Micrococcen Gonococcen in grosser Menge gefunden.

Pryor (42) empfiehlt an Stelle der Probelaparotomie die diagnostische Incision des Douglas'schen Raumes von der Scheide aus. Eventuell ist er im Stande nach Eröffnung des Peritoneum und Beckenhochlagerung innen von der Scheide aus weit in die Bauchhöhle hineinzusehen. Je nach dem Befunde kann man verschiedene Operationen anschliessen. Er scheint von dieser Art der Diagnostik ziemlich häufig Gebrauch gemacht zu haben, er publicirt 53 Fälle, die er in 2 Jahren in dieser Weise untersucht und z. Th. hinterher weiter operirt. Es dürfte diese Methode doch aber ebenso wie die Laparotomia explorativa nur als ultimum refugium anzusehen sein.

Clark (11) zeigt, dass durch Kochsalzclystiere die Urinmenge nach Laparotomie erheblich grösser wird und der quälende Durst ganz verschwindet. Humiston (20) hat 3 Tage vor der Operation vor jeder Mahlzeit ein Glas heisses Wasser trinken lassen.

Penrose (38) liess, um leichter die Gaze nach Drainage entfernen zu können, diese in einen Gummicondom, von dem die Spitze abgeschnitten ist, legen.

Richardson (43) steht in Bezug auf die Gefahr des Ileus noch auf dem Standpunkt der mechanischen und nicht der infectiösen Entstehung. Er hält die vaginale Uterusexstirpation in dieser Beziehung für besonders bedenklich.

Boise (6) will nach Laparotomie allein aus der Beschaffenheit des Pulses die differentielle Diagnose zwischen Sepsis, Shock und innerer Blutung stellen. Er hält daher die Kenntniss desselben vor der Operation für nöthig.

Ebner (12) berichtet über 14 Fälle aus der Erlanger Klinik, in denen die Wiederholung einer Laparotomie bei derselben Patientin nöthig wurde; es starben 2 dieser Patientinnen. Verf. erklärt diese zweite Laparotomie mechanisch für sehr schwierig, prognostisch aber für günstig; die Incision soll am besten neben der alten Narbe gemacht werden; zur Vermeidung von Hernien wird die Schede'sche Silberdrahtnaht empfohlen.

Bröckerhoff (8) hat 9 Fälle aus der Erlanger Klinik und 31 aus der Literatur zusammengestellt in denen plötzlich und ohne längere Zeit zu ihrer Vorbereitung eine Laparotomie nöthig wurde, sei es, dass eine Uterusruptur eintrat, oder eine vaginale Operation vaginal nicht vollendbar war oder dass nach dem Eingriff Nachblutungen eintraten. Es zeigt sich, dass die Prognose dieser improvisirten Laparotomie nicht ganz schlecht zu nennen ist.

Bröse (9) hat 2 Fälle von acuter Peritonitis beobachtet, die er als gonorrhoisch ansieht; ausgezeichnet waren sie durch die Schwere der Erscheinungen und das relativ rasche Schwinden der bedrohlichen Symptome.

Wendeler (55) sieht die Veränderungen in einem Fall von „Pseudomyxoma peritonei“ nicht als Organisation myxomatöser Massen, sondern als wirkliche myxomatöse Degeneration der Gewebe an.

[Kraków, K., Zur Eröffnung der Bauchhöhle von der Scheide aus. Medycyna. No. 33—36. (Bericht über 36 auf Neugebauer's gynäkologischer Abtheilung zumeist mit sehr gutem Erfolge gemachte vaginale Coeliotomien.) **Trzebicky** (Krakau).]

D. Uterus.

1. Allgemeines. Entzündungen.

1) Altuchoff und Snegiroff, Eine neue Methode der Unterbindung der Arteriae uterinae per laparotomiam. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. III. S. 453. — 2) Appert, Diagnostic et traitement des métrites blennorrhagiques. La semaine gyn. No. 9. (Nichts Neues.) — 3) d'Aulnay, R., Traitement des métrites cervicales par le bain glycériné local et consécutivement par la compression ouattée. Arch. de gyn. et de Paed. Vol. 23. p. 36. — 4) Auvard, De la dilatation de l'utérus. Ibid. Vol. 23. p. 43. — 5) Ballantyne, Curettage of the utérus; history, indications and technique. Ed. journ. March. p. 787. (Nichts Neues.) — 6) Batzerrica et Molinari, Resultats de 116 laparotomies pour lésions de l'utérus ou des annexes. Ann. de gyn. Tome 45. p. 56. (4 Todesfälle.) — 7) Bell, T. J., Some conclusions drawn from clinical Observations, the Study of cervical Endometritis. Ann. of Gyn. and Paed. Vol. 9. p. 510. (Nichts Neues.) — 8) Bertelsmann, R., Ueber das microscopische Verhalten des Myometrium bei pathologischen Vergrösserungen des Uterus. Arch. f. Gyn. Bd. 50. Heft 1. Diss. in. Göttingen. (s. vorigen Jahresbericht. Bd. I. S. 217.) — 9) Bonifield, The use of the curette in the treatment of Endometritis. Am. journ. of obst. Vol. 34. p. 719. (Lässt bei catarrhalischer, gonorrhoischer und septischer Endometritis stets die Curette anwenden.) — 10) Boye, Beitrag zur Aetiologie und zur Natur der Endometritis. Centralbl. f. Gyn. S. 271. — 11) Brettauer, J., Chronic Endometritis. Med. Recerd. 17. X. p. 553. (Nichts Neues.) — 12) Brioude, De la sclérose de l'utérus. La gynécologie. I. p. 343. — 13) Derselbe, Dasselbe. Ibid. 1. Année. p. 236. — 14) Clarke, A. P., The relation of malignant disease of the adnexa to the primary invasion of the utérus. Am. journ. of obst. Vol. 34. p. 520. (Carcinome der Ovarien sind nach Clarke oft der Ausgangspunct maligner Erkrankung des Uterus.) — 15) Coelho, La colpotomie antérieure à différents fins. Ann. de Gyn. Tome 46. p. 467. (Kurzer Bericht üb. 45 Operat.) — 16) Cottrell, Anterior colpotomie. Boston J. Vol. 134. No. 12. p. 285. Ann. of Gyn. a. Paed. Vol. IX. p. 460. (Nichts Neues, ein eigner Fall, 8 derartige Operationen in Amerika.) — 17) Crickx, A., Les ruptures utérines au cours de curettage. Arch. de gyn. et de tocol. Vol. 23. p. 217. (4 Fälle, die symptomlos heilten.) — 18) Cumston, C. G., The Endometritis. Med. and surg. Rep. 15. II. p. 197. (Nichts Neues.) — 19) Derselbe, Haemorrhagic metritis. Ann. of gyn. and paed. Vol. 9. p. 566. — 20) Curti, L'ittiolo nelle flogosi acute degli annesi dell utero. Raccoglitore 13. (Warme Empfehlung des Mittels.) — 21) Dunn, B. Sherwood, Vaginal hysterectomy by clamp method. Am. Journ. of obst. Vol. 34. p. 509. (Schilderung und Empfehlung der Péan-Dreyer'schen Methode.) — 22) Eckardt, Ueber die Beschaffenheit der Uterusmucosa nach Castration. C. f. Gyn. S. 786. (Es bildet sich eine senile Atrophie.) — 23) Fié, A., Gonorrhoeal Rheumatism complicated with curettement of the uterus. Ann. of gyn. and paed. Vol. 9. p. 499. (Ein derartiger Fall.) — 24) Free, J. E., Endometritis. Med. Rec. 1. II. p. 154. (Nichts Neues.) — 25) Goebel, Der Bacteriengehalt des Cervix. C. f. Gyn. S. 84. (Unter 30 Fällen war 29 mal der Cervix steril.) — 26) Goelet, A. H., Improved Trachelorrhaphy. Med. Record. 4. VII. p. 13. (Hält für die einfache und oft genug unnütz gemachte Operation die Angabe eines besonders geformten Messers für eine Verbesserung.) — 27) Derselbe, Senile Endometritis and vaginitis. Ibidem. 17. X. p. 551. (Nichts Neues.) — 28) Gottschalk und Immerwahr, Ueber die im weiblichen Genitalcanale vorkommenden Bacterien in ihrer Beziehung zur Endometritis. Arch. f. Gyn. Bd. 50. Heft 3. — 29) Hofmeier, Zur intrauterinen Therapie. Monatsschrift für Geb. u. Gyn. Bd. IV. S. 301. (Besprechung eines gerichtsärztlich begutachteten Falles von Tod nach Einspritzung von 50procent. Chlorzinklösung.) — 30) Howie, J. C., Notes of 5 cases of Endometritis in private practice. Glasgow J. June. p. 407. (Nichts Neues.) — 31) Jonas, A. F., Large abcès intraparietal de l'utérus à centrum purulent et gazeux traité par la laparotomie; Guérison. Arch. de gyn. et de tocol. Vol. 23. p. 208. (cf. Am. J. of obst. 1895. Zweifelhafter Fall.) — 32) V. Johannovsky, Zur Technik der vaginalen Coeliotomie. Wiener klin. Wochenschrift. No. 6—10. (30 Operationen, Vaginafixationen, Exstirpat. von Myom- und Adnexgeschwülsten, sowie Diverses.) — 33) Keller, C., Zur Lehre der chronischen hyperplasirenden Endometritis. Arbeiten aus den Gebieten der Geburtshilfe u. Gynäkologie. Festschr. für C. Ruge. — 34) Landau, L. u. Th., Die vaginale Radicaloperation. Technik u. Geschichte. Mit 55 Abbild. gr. 8. Berlin. — 35) Long, J. W., Vaginal Incision and Drainage. Am. gyn. and obst. J. Vol. VIII. p. 24. — 36) Derselbe, Dasselbe. Am. J. of obst. Vol. 33. p. 289. — 37) Maas, Ueber die Tuberculose der weiblichen Genitalien im Kindesalter. Diss. in. Bonn und Arch. f. Gyn. Bd. 51. Heft 2. — 38) Martin, F. H., Metritic Uterus. Am. gyn. and obst. J. Vol. VIII. p. 619. (Uterus wegen Blutung exstirpirt, keine microscopische Untersuchung.) — 39) Martin, Christopher, On hämatometra and pyometra. British medic. Journ. 31. 10. p. 1289. (4 Fälle von Hämatometra, 2 Fälle von Pyometra.) — 40) Maurange, G., Endométrites séniles. Arch. de tocol. et de gyn. Vol. 23. p. 357. (1 Fall von Endometritis foetida im 65. Lebensjahr, Heilung durch Curette.) — 41) Mundé, P. F., Virginal and senile Endometritis. Am. Journ. of obst. Vol. 34. p. 1. (Diesbezügliche Casuistik.) — 42) Panecki, Zur Behandlung der Endometritis mit Dampf. Ther. Monatsh. S. 20. — 43) Penrose, Fungoid Endometritis. (Am. J. of obst. Vol. 33. p. 252. (Deshalb Uterusexstirpation gemacht. [!]) — 44) Derselbe, Congenital erosion and split of the cervix uteri. Am. J. of the med. sciences. May. — 45) Peters, Incarceration eines „Col. tapiroid“ in einem Schatz'schen Scheidenpessar. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. III. S. 131. (Operation, Heilung, Besprechung des Pathogenese.) — Pichevin et Petit, Métrorrhagies et lésions vasculaires de l'utérus. Arch. de tocol. Vol. 23. p. 417. — 47) Dieselben, Abscès de l'utérus. La Gynécolog. 1. Année. p. 133. — 48) Pilliet, A. H., Notes sur les lésions inflammatoires du muscle utérin. Gaz. hebdom. No. 36. 3. V. p. 421. — 49) Pilliet et Potocki, Allongement hypertrophique du col utérin. Ann. de gyn. Tome 45. p. 385. (Fasst die Verlagerung als Folge eines Entzündungsprocesses auf.) — 50) Planellas, Traitement consécutif au curettage pour endométrite. Ann. de gyn. Tome 46. p. 457. (Man soll hinterher Hämostatica oder Antiseptica anwenden.) — 51) Pryor, W. R., The anatomy of endometrium and the technique of its Removal by Curettage. Am. gyn. and obst. J. Vol. VIII. p. 10. 66. (Nichts Neues.) — 52) Ries, E., Ichthyosis uteri. Am. gyn. and obst. J. Vol. VIII. p. 184. — 33) Richelot, L. G., Derniers résultats de l'hysterectomie vaginale. Arch. de gyn. et de tocol. Vol. 23. p. 311. (Vertheidigung der vaginalen Uterusexstirpation bei den „grandes neuralgies du bassin“.) — 54) Rishmiller, J. H., The Employment of Gauze in the uterine Cavity. Am. gyn. and obst. J. Vol. 9. p. 457. — 55) Shoemaker, Uterine dermoid, hysterectomy. Am. Journ. of obst. Vol. 33. p. 859. (Der Fall ist nicht unbedenklich.) — 56) Sokoloff, Ueber den Einfluss der Ovarienexstirpation auf Structurveränderungen des Uterus. Archiv für Gynäk. Bd. 51. Heft 2. — 57) de Villiers et Thérèse, Altérations épithéliales du col utérin. Ann. de gyn.

Tome 46. p. 459. (Schilderung einer Veränderung des Epithels der Portio, die denen bei neu beginnendem Carcinom nicht unähnlich ist.) — 58) Walton, Pyodermites d'origine génitale. Arch. de gyn. et de tocol. Vol. 23. p. 377. (Bei Uteruscatarrhbehandlung entstehen nach W. Furunkel.) — 59) West, S. D., Schleich's Fluid in operations on the Cervix. Med. and surg. Rep. T. XI. p. 589. (Kein Wunder, dass die Flüssigkeitsinjection schmerzstillend wirkte bei einer Cervixoperation!) — 60) Williams, R., De l'histiologie de l'utérus dans ses rapports avec ses tendances néoplastiques. Ann. de gyn. Tome 45. p. 388. (Zusammenstellung von Bekanntem.) — 61) Zepler, Beiträge und Bemerkungen zur intrauterinen Therapie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. IV. S. 334. Bd. III. S. 218. (Verf. will Stenosen im Cervix nach Laminariadilatation im Speculum mit dem Thermocauter zerstören.)

Pichevin und Petit (46) publiciren einen Fall, in dem sie unter der Diagnose Myom die Auskratzung des Uterus wegen Menorrhagien machten. Die Blutung bei dem Eingriff war so abundant, dass sie sofort den Uterus exstirpiren mussten. Am exstirpirten Uterus fanden sich nur Gefässveränderungen, nämlich erhebliche Vermehrung der Gefässe und starke Verdickung der Wand. Sie sehen in diesen Veränderungen die Ursache der Blutungen.

Auvard (4) empfiehlt vor der Uterusauskratzung den Cervix zu dilatiren und zwar mit Laminaria; will man eine stärkere Dilatation, so nehme man Gaze.

Boye (10) fand unter 25 Fällen von Endometritis interstitialis 19 mal Bacterien und unter 31 glandulärer Endometritis nur 9 mal.

Nach Brioude (12) kommt Sclerosis uteri vor bei Syphilis und Tuberculose, bei traumatischen Entzündungen, bei Arteriosclerose und Blutstauungen.

Derselbe (13) versucht eine ausführliche Pathologie und Therapie der Sclerosis uteri zu geben, wie sie von Doléris neuerdings als besonderes anatomisches Bild characterisirt ist.

Gottschalk und Immerwahr (28) untersuchten bei 60 Fällen von Endometritis corporis das Secret auf den Bacteriengehalt; 21 mal ergab es sich, dass er bei der ersten Untersuchung und in 14 Fällen, dass er dauernd keimfrei war. In den übrigen Fällen fanden sich Staphylococcen, Diplococcen, Kurzstäbchen, Hefepilze und Sarcine; die letzten mit Ausnahme der Staphylococcen fassen die Autoren als Hautpilze zusammen. Bei der Staphylococcenendometritis, die sie 7 mal fanden, bestand übler Geruch des eitrigen Secretes und in 2 Fällen, in denen der Aureus gefunden wurde, auch grosse Neigung zu Blutungen.

Nach Ablauf der Gonorrhoe ist die Widerstandsfähigkeit des Endometrium gegen Staphylococcen, wie es scheint, abgeschwächt. Die Hautpilze fanden sich im Allgemeinen bei der chronischen catarrhalischen Form weit zahlreicher als bei der fungösen Form.

Bei Endometritis exfoliativa fanden sich keine Microorganismen.

Sokoloff (56) hat das Verhalten des Uterus bei Thieren nach der Castration untersucht; er fand Atrophie der Musculatur, aber im Gegensatz zu früheren Autoren keine Veränderungen an der Mucosa. Als Ursache der Atrophie sucht er die Ausschaltung der Nervenenden, die im Ovarium gelegen sind.

Durch Untersuchungen an verschiedenen exstirpirten Uterus bringt Pilliet (48) den Nachweis, dass anatomisch das Bild einer parenchymatösen Metritis sicher besteht, die Aetiologie sucht er in Infection, die durch die Schleimhaut des Cervix oder Corpus eindrang oder auch um die Tube her. Er unterscheidet Metritis colli und corporis, die Erkrankung kann acut, subacut, angiomatös oder sclerosirend sein.

Panecki (42) hat Snegirieff's Heisswasserdampfmethode bei nunmehr 30 Fällen angewendet und spricht sich sehr befriedigt aus; er unterscheidet eine kürzere Application eines weniger heissen Dampfes, die zur oberflächlichen Anätzung der Mucosa führt, von einer längeren Wirkung überhitzten Dampfes, hier entsteht eine vollständige Verbrühung bis in gewisse Tiefen.

Penrose (43) beschreibt als congenitale Erosion zwei Fälle, in denen er bei Nulliparen eine Cervixerosion fand; der Grund, der Verf. veranlasst, hier einen erworbenen Catarrh als Ursache anzunehmen, ist nicht klar.

Der Fall von Ichthyosis uteri, den Ries (52) publicirt, betrifft eine ältere Frau, eine strenge Trennung gegen Plattenepithelcarcinom scheint dem Ref. nicht möglich, daher ist der Name Ichthyosis wohl besser zu streichen.

Rishmiller (54) ist mit der Gazedrainage des Uterus allmälig vorsichtiger geworden; feste Gazetamponade drainirt nicht sondern bewirkt Secretverhaltung. Nur bei septischer Infection des Uterus ist lockere Gazedrainage das beste Mittel.

L. und Th. Landau (34) geben eine ausführliche Darstellung der vaginalen Radicaloperation. Die Autoren beginnen mit einer geschichtlichen Darstellung der Entwickelung des Verfahrens, in dem sie die Verdienste von Péan, Doyen und Leopold beleuchten und ihre eigne Arbeit darstellen.

Es ist nach den einzelnen Arbeiten der früheren Jahre nicht möglich in Allem etwas Neues zu finden, der Fortschritt der vorliegenden Arbeit liegt aber in der zusammenfassenden Darstellung. Die Autoren schildern die verschiedenen Methoden und die Grenzen, in denen sie sie anwenden, klar und verständlich. Abbildungen nach Photographien tragen zur Erläuterung der einzelnen Phasen der Operationen bei.

Altuchoff (1) eröffnet zur Unterbindung der Arteria uterina die Bauchhöhle, zieht das Lig. rotundum nach vorn, schneidet vor der Tube, 1 cm von der Linea innominata entfernt, das Ligamentum latum ein, dringt, indem er sich an die vordere Platte des Lig. latum hält, in das Bindegewebe 12—16 mm ein und stösst hier auf die Art. uterina, die er gefahrlos hier unterbinden kann. Snegiroff hat dieses Verfahren 8 mal (mit nur einem Misserfolg) an der Lebenden geprüft.

Im Anschluss an einen Fall von primärer Genitaltuberculose bei einem 5 Jahre alten Mädchen bespricht Maas (37) unter Zugrundelegung von 7 weiteren Fällen derart aus der Literatur die Genese dieser Affection:

er erklärt seinen Fall für wahrscheinlich entstanden von der Nabelwunde aus, weil vom Nabel zu derbe inficirte Stränge zu den Genitalien zogen.

Keller (33) beobachtete 2 Fälle bei jungen Mädchen. Die starken Blutungen wurden durch Curettement beseitigt. In der Folge nahm die Menstruation normalen Typus an, bei allerdings ziemlich reichlicher Blutausscheidung. In beiden Fällen zeigte sich der Uterus trotz des jugendlichen Alters völlig entwickelt, dabei bestand eine auffallende Auflockerung des ganzen Organes, so dass im zweiten Falle die Diagnose eines Abortes nicht völlig auszuschliessen war. Beim Curettement wurde in beiden Fällen eine reichliche Menge gewucherter Schleimhaut entfernt, die microscopisch alle Characteristica der chronischen Endometritis bot. Verfasser hält ovariellen Ursprung derselben für wahrscheinlich.

Pichevin und Petit (47) beschreiben einen wallnussgrossen Abscess in der Wand eines exstirpirten Uterus nahe dem einen Horn. Dabei bestanden doppelseitige Dermoide der Ovarien.

2. Missbildungen.

1) Ameiss, F. C., A case of uterus didelphys and vagina duplex. Amer. Journ. of obst. Vol. 33. p. 693. (Zerschneidung des vaginalen Septum.) — 2) Blacker, A case of true unilaterale Hermaphroditism with Ovotestis occuring in man with a summary and criticism of the recorded cases of true hermaphroditism. London Obst. Tr. Vol. 38. p. 265. — 3) Calman, A., Ueber einen Fall von Haematometra im rudimentären Horn. Prag. med. Wochenschr. No. 5. (Erfolgreiche Exstirpation des Horns.) — 4) David, E., Malformation des organes génitaux externes féminines (Defect des Vorhofs [?].) Arch. de gyn. et de tocol. Vol. 23. p. 318. — 5) Edge, F., A case of uterus bicornis septus. Brit med. Journ. p. 1299. 31. Oct. and Brit. gyn. Journ. Part. 46. p. 242. — 6) Czempin, Rudimentärer Uterus. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. S. 458. (Castration, später Plastik einer Vagina.) — 7) Giles, A., A case of uterus didelphys with observations on the clinical importance of this Malformation. London obst. Tr. Vol. 37. p. 301. (1 Fall mit Besprechung der einschlägigen Literatur.) — 8) Holländer, Kolpoplastik. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. S. 306. — 9) Lewers, A. H. N., A case of double uterus with submucous fibroid tumor. The Lancet. 21. März. p. 754. — 9a) Kirchgässer, Oophorectomia dextra wegen dysmenorrhoischer Beschwerden bei rudimentärem Uterus unicornis solidus und vollständigem Fehlen der linken Adnexe. Centralbl. f. Gyn. S. 498. — 10) Mackenrodt, Uterus didelphys. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. S. 302. (Vaginal exstirpirt.) — 11) Derselbe, Ueber künstlichen Ersatz der Scheide. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 34. S. 530. Centralbl. f. Gyn. S. 546. — 12) Möricke, Casuistische Mittheilung eines Falles von Hypoplasia uteri complicirt mit Entzündungen im Becken. Med. Corr.-Bl. des württemb. Landesvereins. 3. Octbr. S. 313. (Besserung durch Warmwasserclystiere, Electricität und Massage.) — 13) Müller, Ein Fall von Atresia hymenalis congenita. Schweiz. Corr.-Bl. No. 14. 15. Juli. S. 441. (Ein einfacher Fall, Heilung durch Incision.) — 14) Nagel, Atresien des Genitalcanales. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 34. S. 381. — 15) Myers, Atresia with retention of the menses. Treatment. Amer. Journ. of obst. Vol. 34. p. 755. (2 Fälle, einer erfolgreich operirt.) — 16) Pick, Gebärmutterverdoppelung und Geschwulstbildung unter Berücksichtigung ihres ätiologischen Zusammenhanges. Arch. f. Gyn. Bd. 52. S. 389. — 17) Pozzi, Hématométrie, hématosalpinx double et hématocèle rétro-uterine par rétention menstruelle due à une atrésie cicatricielle du col. Ablation de l'hématosalpinx par la laparotomie et de l'hématomètrie par l'hystérectomie. Phénomènes infectieux. Injections de sérum antistreptococcique du Dr. Marmorek. Guérison. Bull. et Mém. de la soc. de chir. 10. Juillet. p. 509. — 18) Ramage, J., Congenital absence of ovaries with rudimentary uterus. Brit. med. Journ. 25. April. p. 1032. (Nur klinisch beobachtet. Uteruscanal 1¼ Zoll lang.) — 19) Turgard, Imperforation de la paroi inférieure du vagin; Hématocolpos, Hématomètre. Arch. de gyn. et de tocol. Vol. 23. p. 387. — 20) Veit, J., Ueber Haematosalpinx bei Gynatresie. Berl. klin. Wochenschr. 20. April. S. 343. — 21) Derselbe, Dasselbe. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 34. S. 533. — 22) Wawelberg, Zwei Fälle von Missbildung der weiblichen Genitalien. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. III. S. 500. (Ein nur klinisch beobachteter Fall von Uterusmangel und ein Fall von Vagina septa.) — 23) Rossa, Zur operativen Therapie der Gynatresien. Centralbl. f. Gyn. S. 145. (Exstirpation der Haematosalpinx und der einseitigen Haematometra.) — 24) Sänger, Drei Fälle von Salpingoophorectomia duplex bei Haematometra gynatretica. Ebendas. S. 49. (Sehr bemerkenswerthe Casuistik von Operationen.)

Nach Nagel (14) sind Verödungen, welche sich bei sonst wohlgebildeten Genitalien über einen grösseren Theil des Scheidenlumens erstrecken, stets erworben. Angeboren kann eine Atresie der Scheide nur sein, wenn es sich um eine Faltenverklebung besonders im unteren Theile handelt. Eine angeborene Verödung des ganzen Scheidenlumens ist nicht denkbar ohne gleichzeitige Verkümmerung des ganzen Organs.

Veit (20, 21) versucht an der Hand der Literatur den Nachweis zu bringen, dass eine grosse Zahl von Atresien der weiblichen Genitalien, welche man bisher für angeboren ansah, durch frühzeitige Erkrankung der Schleimhaut erworben sein müssen und erklärt daher die Haematosalpinx durch diese Entzündung, welche nach oben fortschreitend, Verschluss des Ostium abdominale herbeiführt.

Pick (16) beschreibt einen Uterus duplex myomatosus, der durch die abdominale Totalexstirpation gewonnen wurde; er bespricht dabei die verschiedenen theoretischen Vorstellungen, die sich an eine Geschwulstbildung in einem missbildeten Uterus anknüpfen, insbesondere erörtert er die Frage, ob nicht das Myom in seiner ursprünglichen Anlage die Ursache der Doppelbildung gewesen sei.

Zur Bildung der Scheide will Mackenrodt (11) Scheidenwandlappen einpflanzen, die frisch bei Prolapsoperationen sonst gesunder Frauen gewonnen sind.

Lewers (9) publicirt einen Fall von Uterus septus, complicirt mit Myom, bei dem das Septum nur im Cervix sass. Wohl mit Recht nimmt L. an, dass früher das Septum auch im Corpus bestand, aber zerstört wurde.

Holländer (8) berichtet einen bemerkenswerthen Fall von Uterusmissbildung, Defect der Scheide, Einmündung des Uterus in die Blase, Haematometrabildung, Entleerung per vaginam, Myombildung im Uterus, wiederholte Entleerung der Pyometra. H. versuchte

nun eine dauernde Communication des Uterus mit dem Damm zu schaffen und nahm zwei gestielte Lappen aus der Glutaealhaut, die er einheilte.

Blacker (2) fand bei einem $8^1/_2$ Monat alten Foetus einen schlecht entwickelten Uterus unicornis mit Tube und Ovarium rechts, während links die Genitaldrüse die microscopische Structur von Hoden und Ovarium darbot; hier fand sich eine mangelhaft entwickelte Tube und ein erweiterter Wolf'scher Gang. Nur Heppner, Obolonsky und Schmorls wurde als erster Fall von Hermaphroditismus bekannt.

3. Lageveränderungen.

1) Abel, Eine neue Indication zur Sectio Caesarea nach Porro. Berl. klin. Wch. No. 13. S. 280. — 2) Adams, J. A., On shortening of the round ligaments in displacements of the uterus. Glasgow Journal. Juin. p. 435. (Erneute Empfehlung der Operation, Bericht nur über wenige Krankengeschichten.) — 3) Arx, M. v., Die Statik der Beckenorgane unter besonderer Berücksichtigung des Scheidenvorfalls und seiner Beseitigung. Cystocelenelevation. Schweiz. Correspbl. No. 13 und 14, 1 und 15. VII. — 4) Baldy, A new operation for uterine prolapse. Am. J. of obst. Vol. 33. p. 481 und 566. — 5) Barrows, Pregnancy following anterior colporrhaphy for retroversion. Am. gyn. of Obst. J. Vol. IX. p. 638. (Vaginale Verkürzg. der Ligg. rotunda, Schwangerschaft ungestört.) — 6) Derselbe, Posterior colporrhaphy for retroversion. Ibid. p. 640. (Vaginale Verkürzg. d. Ligg. rotunda u. rectouterina.) — 7) Blondel, Coccygeotomie, influence de la mobilité du coccyx sur la rétrodéviation. Ann. d. gyn. Tome 46. p. 462. — 8) Derselbe, Traitement opératoire des Rétrodéviations utérines. La Gynécolog. I. p. 303. — 9) Bonnet, S., Contribution à l'étude du traitement des rétrodéviations. Ann. d. gyn. Tome 46. p. 605. (Will bei den Retrodeviationen den Hauptwerth auf den Unterschied zwischen einfacher und complicirter legen.) — 10) Bode, Intraperitoneale Verkürzung der Ligamenta rotunda, zur Heilung der Retroflexio uteri mittels Laparotomia vaginalis anterior. C. f. Gyn. S. 357. (3 derartige Operationen, die erste aus dem Jahre 1888.) — 10a) Derselbe, Weiteres über intraperitoneale Verkürzung der Ligamenta rotunda zur Heilung der Retroflexio uteri mittels Laparotomia vaginalis anterior. Ebendas. S. 470. (Eine weitere Operation.) — 11) Bouilly, Traitement des prolapsus génitaux. Ann. d. Gyn. Tome 46. p. 545. 11a) Derselbe, Le traitement des prolapsus génitaux. L'union médicale No. 46, 45 No. 82. p. 973. 14 X. — 12) Boursier, De l'incontinence d'urine dans les prolapsus utérins au début, son traitement opératoire. Ann. d. Gyn. Tome 46. p. 456. — 12a) Bröse, Kranke mit Retroflexionsoperation nach Wertheim-Bode. Z. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. S. 454. — 13) Bünting, O., Ein Fall von Inversio uteri completa in der Landpraxis. Deutsche med. Wch. No. 7. S. 208. (Ein frischer puerperaler Fall.) — 14) Buschbeck, Zur operativen Behandlung der Retroflexio uteri. Arch. f. Gyn. Bd. 52. S. 453. — 15) Byford, H. T., Vaginal section for the cure of retroversion of the uterus. Med. News. 31. Oct. p. 489. (Bericht über 10 Vaginofixationen, Empfehlung der Methode.) — 16) Derselbe, Anterior suspension of the uterus and shortening of the round ligaments by vaginal section. Am. gyn. and obst. J. Vol. 9. p. 774. (7 erfolgreiche Operationen.) — 17) Condamin, R., De l'hystéropexie abdominale antérieure dans le traitement de l'antéflexion utérine. Arch. prov. de chir. Tome V. Mai. p. 253. — 18) Cumston, Ch. G., The urinary troubles produced by prolapsus of the genital organs. Am. of gyn. and paed. Vol. 9. p. 206. (Klinische Untersuchung.) — 19) Doléris, Traitement des rétrodéviations utérines. Ann. de gyn. Tome 46. p. 438. (Empfiehlt die strengste Individualisirung und Beachtung aller Complicationen.) — 20) Dührssen, Ueber Geburtsstörungen nach Vaginofixation, ihre Bedeutung, Behandlung und Verhütung. Berl. klin. Woch. S. 278. No. 13. — 21) Derselbe, Ueber vaginale Antefixatio uteri. C. f. Gyn. p. 584. (Intraperitoneale Vaginofixatio uteri.) — 22) Derselbe, Ueber Vaginofixation und vaginale Laparotomie. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 34. S. 152. (Vertheidigt die Vaginofixation.) — 23) Edebohls, Racourcissement des ligaments ronds. Ann. d. gyn. Tome 46. p. 612. — 23a) Derselbe, Shortening of the round ligaments. Indications, technics and results. Am. gyn. a. obst. J. Vol. 9. p. 671. — 24) Derselbe, Shortening of the round ligaments. Ann. of Gyn. Vol. XI. p. 26. — 25) Derselbe, The indications for ventral fixation of the uterus. The Medical News. March 14. p. 282. — 26) Fisher, Clinical observations on ventrofixation of the uterus. Am. gyn. and obst. J. Vol. IX. p. 552. (Nichts Neues.) — 27) Flaischlen, N., Der gegenwärtige Stand der Retrofixationstherapie. Halle a. S. — 28) Flatau, Ueber Vaginistrictur bei Prolaps. Monatsh. f. Geb. u. Gyn. Bd. IV. S. 127. (Modification der Freund'schen Prolapsoperation.) — 29) Frank, J., Results of five years of experience with intraabdominal shortening of the ligaments. Am. J. of obst. Vol. 33. p. 377. (17 Operationen ohne Misserfolg.) — 30) Fredericq, S., Hystérectomie forcée au cours d'une vaginofixation. Arch. d. Tocol. et de Gyn. Vol. 23. p. 307. (Grosse Weichheit der Uteruswand.) — 31) Fullerton, A. M., Chronic inversion of the uterus. Am. gyn. and obst. J. Vol. VIII. p. 525. (Uterusexstirpation.) — 32) Gessner, Geburtsbeobachtungen bei antefixirtem Uterus. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. S. 455. (Eine Geburt nach Ventrifixation ohne besondere Schwierigkeit, zwei Geburten nach Vaginofixation, einmal Einschnitt, dann Wendung, einmal sehr schwere Wendung.) — 33) Gilford, H., Some cases of ventrofixation of the uterus. Lancet. 18. IV. p. 1058. (7 geheilte Fälle.) — 34) Godinho, J., Sur les traitements des rétrodéviations utérines à propos d'un nouveau procédé opératoire pour la cure de ces affections. La Gynécologie. Vol. 1. p. 550. — 35) Goelet, A. H., What is the best operative procedure for retrodeviations of the uterus. Med. Record 29. VIII. p. 302. — 36) Derselbe, Suspensio uteri for retroflexion. Am. gyn. and obst. J. Vol. VIII. p. 62. — 37) Derselbe, Suspensio uteri for prolapsus. Ibid. p. 60. — 38) Gottschalk, S., Die Retroflexio uteri ein Folgezustand der Amputation der Vaginalportion. Deutsche med. Wochschr. No. 18. S. 284 (5 Fälle, in denen nach der Portioamputation Retroflexion entstand.) — 39) Derselbe, Präparat von Ventrifixur. Zeitschrift für Geb. und Gyn. Bd. 34. S. 71. (Obductionspräparat.) — 40) Derselbe, Die vaginale Verkürzung der Ligg. sacrouterina zur Heilung der Retroflexio uteri. C. f. Gyn. S. 419. (2 derartige Operationen.) — 40a) v. Gubaroff, Ueber eine neue Operation zur Beseitigung des Uterusvorfalls. Ibidem. S. 65. (Ringförmig versenkte Silkwormeinschnürung der ganzen Vagina.) — 41) Derselbe, Traitement chirurgical des prolapsus de l'utérus et des parois vaginales avec des considérations sur les déviations utérines. Ann. de gyn. Tome 45. p. 345. — 42) Gow, W. J., Anterior colpotomy and vaginal fixation. Lancet. 4. VII. p. 19. (13 geheilte Fälle.) — 43) Guenther, Ein Fall von vaginaler Ventrofixation des Uterus. C. f. Gyn. 215. (Ein recht zweifelhafter Versuch eine neue Operation zu erfinden; von dem vorderen Scheidengewölbe aus wird ein Faden durch die vordere uneröffnete Bauchwand geführt.) — 44) v. Guérard, Köliotomie bei Geburtsstörung nach Ventrofixur. Ebendas. 531. (Die Störung zeigte sich erst in Atonie in d. Nachge-

burtsperiode, zur Heilung erfolgreiche Laparotomie.) — 45) Halbertsma, Over de operative behandeling van prolapsus uteri et vaginae. Weekblad 12. XII. p. 915. — 46) Hartmann, La collepexie ligamentaire dans la chute de l'utérus. Ann. de gyn. Tome 45. p. 237. (Beschreibung und Feststellung eines von Theves empfohlenen Verfahrens.) — 47) Helme, A., A case of so-called prolapsus uteri (cervical hypertrophy) in a virgin treated surgically after a new method. Brit. med. Journal 26. XII. p. 1822. — 48) Herman, A case of chronic inversion of the uterus circumscribed sloughing caused by Avelings repositor; subsequent reduction. Lancet. 30. V. (Empfehlung von Aveling's Instrument.) — 49) Hohl, A. L., Zur Behandlung der Inversio uteri mittelst Kolpeurynter. Dtsche. med. Woch. No. 1. p. 8. (Warme Empfehlung des längeren Gebrauches des Colpeurynter.) — 50) Holländer, E., Zur Frage der nicht puerperalen Inversio uteri. Deutsche med. Wochschr. 5. III. S. 151. (Ein Fall von Inversion durch Myom, zuerst Entfernung des Myoms, demnächst, da die Inversion nicht zurückging, Exstirpation des Uterus.) — 51) Humpf, H., Die Methoden der Prolapsoperationen in der Göttinger Universitäts-frauenklinik. Diss. in Göttingen. 1895. — 52) Kossmann, Vaginofixirte Patientin. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd. 34. S. 143. (Normale Geburt.) — 53) Johnson, H., The Alexander Operation. Am. gyn. and obst. Journ. Vol. VIII. p. 457. (240 Operationen, 2 †, 216 normale Lagen.) — 54) Keith, G. E., The permanent cure of anteflexion by operation. Brit. gyn. Journ. Part. 45. p. 15. — 55) Kiefer, Ueber vaginale Antefixationoperationen. C. f. Gyn. S. 400. — 55a) Kiefer, Vaginifissur. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 34. S. 346. — 56) Kelly, N. A., The treatment of backward displacements of the uterus. Am. J. of the m. sc. Dec. p. 629. — 57) Kessler, Ueber Vaginofixation. (Zum gegenwärtigen Stand der Frage.) Petersb. Med. Wchschr. No. 36. 7. IX. p. 323. (Will die Operation nicht ganz verworfen wissen.) — 58) Kocks, Ueber die künstliche Verkürzung der Ligamenta lata (Ligamenta cardinalia) von der Scheide aus bei Prolaps und Retroversio uteri. C. f. Gyn. S. 825. — 59) Kreutzmann, Zur Behandlung der Retrodeviatio uteri durch Verkürzung der runden Bänder. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. III. S. 317. (12 Operationen.) — 60) Lindfors, Fall von primärem Uterus-prolaps. Ventrofixation nach modificirter Methode. Gravidität mit glücklichem Verlauf (Zwillinge). C. f. Gyn. S. 636. — 61) Longyear, The mechanic and surgical treatment of backward and downward displacements of the uterus. Am. Journ. of obstr. Vol. 33. p. 516. (Nichts wesentlich Neues.) — 62) Macan, Vaginofixation of the uterus. Brit. gyn. Journ. Part 46. p. 224. (Theilt die Bedenken mit, die sich aus den nach Vaginofixation beobachteten Dystocien ergeben.) — 63) Mc Gannon, Extraperitoneal shortening of the round ligaments. Am. gyn. and obstr. J. Vol. 9. p. 195. (91 Fälle, 4 mal folgte Schwangerschaft.) — 64) Mackenrodt, A., Kranke mit Vaginofixation. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 34. S. 73. (Demonstrirt mehrere Schwangere und Wöchnerinnen nach Vaginofixation.) — 65) Derselbe, Ueber Vesicofixatio uteri. Berlin. klin. Wochenschr. No. 49. S. 1086. — 66) Mangin, Traitement des prolapsus de l'utérus; résultats eloignés. Ann. de gyn. Tome 46. p. 405. — 67) Martin, F. H., Alexanders Operation without buried sutures. Am. gyn. and obstr. Journ. Vol. VIII. p. 468. — 68) Micheli, C., L'operazione del Baldy nella cura del prolasso uterino. Bull. della soc. Lancis. XVI. p. 103. (Ein auf diese Weise geheilter Fall.) — 69) Moerike, Die pathologische Anteflexio uteri und ihre Behandlung. Arbeiten aus dem Gebiete der Geburtshülfe und Gynäkologie. Festschrift f. C. Ruge. — 70) Mundé, P. X., The indications for Alexanders Operation. Med. News. 14. III. Vol. 68. No. 11. — 71) Nash, Retained Pessary requiring Cutting operation for removal. Am. J. of obstr. Vol. 33. p. 116. — 72) Noble, Ch. P., A new operation for certain cases of procidentia uteri. Am. gyn. and obstr. J. Vol. VIII. p. 607. (Amputatio colli, Colporrhaphia anterior et posterior und Ventrofixation.) — 73) Noble, Remarks on suspensio uteri. Am. J. of obstr. Vol. 33. p. 260. — 74) Derselbe, A clinical report on the course of Pregnancy and labor as influenced by suspensio uteri. Am. gyn. and obstr. J. IX. p. 542. — 75) Derselbe, Hypertrophied elongation of the cervix uteri with complete eversion of vagina from fibroid tumor of the cervix restoration by supravaginal amputation of the cervix and Inversion of the vagina. Am. Journ. of obstr. Vol. 34. p. 662. — 76) Derselbe, Suspensio uteri with reference to its influence upon pregnancy and labor. Am. J. of obstr. Vol. 34. p. 161. — 77) Nourse, F. P., An original operation for the radial relief of uterine flexion. Am. J. of obstr. Vol. 33. p. 60. — 78) Nowlin, Pathology and treatment of uterine displacements. A Review. Med. and surg. Reporter. 2. V. p. 549. (Nichts Neues.) — 79) Odebrecht, Freund'sche Prolapsoperation. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 34. S. 124. (1 Fall.) — 80) O'Connor, Ventrohysteropexie. Lancet. 11. IV. p. 290. (8 geheilte Fälle.) — 81) Pagenstecher, Retrofixatio colli versus ventro-vesico-vagino-fixatio corporis uteri. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. IV. S. 115. — 82) Penrose, C. B., A uterus removed eighteen months after the operation of ventrosuspension. Am. J. of obstr. Bd. 34. p. 264. (Die Adhäsion an der vorderen Wand des Bauches war herausgezogen.) — 83) Derselbe, The result of a year's work in ventrosuspension of the uterus. Am. J. of obstr. Vol. 33. p. 227 u. 248. (Mit 21 Operationen und 14 Erfolgen.) — 84) Petit, Paul, Traitement des retrodéviations utérines. Gaz. méd. de Paris. No. 37. p. 432. (Empfehlung der Verkürzung der Ligg. rotunda.) — 85) Richelot, Sur le traitment des prolapsus utérins. Ann. de gyn. Tome 46. p. 522. — 86) Richter, Paul, Partielle durch Tumoren bedingte Uterusinversion. Inaug.-Diss. Berlin. — 87) Robb, H., The causes and mechanism of retroflexion and retroversion of the uterus. Cleveland Med. Gaz. July. — 88) Robson, Mayo, Ventrofixation or ventrosuspension of uterus. Brit. gyn. Journ. Part 45. p. 35. (Spricht sich bei sonst unheilbaren Fällen für die Ventrofixation aus.) — 89) Ross, J. F. W., Unnecessary and unnatural fixation of the uterus. Am. J. of obstr. Vol. 34. p. 812. (Die Complicationen machen die Symptome der Retroflexionen.) — 90) Rühl, Ueber die Behandlung der Geburtsstörungen nach vaginaler Fixation. C. f. Gyn. 147. (Eventuell Incision.) — 91) Schauta, F., Ueber Retroflexion und Retroversion des Uterus. Allgem. Wiener med. Zeitg. No. 13. ff. 31. III. (Klinische Vorlesung, nichts Neues.) — 92) Sippel, Die Operationen zur Fixation des Uterus. C. f. Gyn. p. 1185. (Nichs Neues.) — 93) Schultze, B. S., Einiges über Pathologie und Therapie der Retroflexio uteri. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. III. S. 1 u. 101. — 94) Schweizer, Ueber Alexanderoperationen. Schweizer Corr.-Bl. 17. S. 537. — 95) Smith, Lapthorn A., A new and improved method of performing Alexander's operation. Med. News. 19. IX. p. 317. — 96) Stankowski, R., 15 Vaginofixationen (nach Dührssen) aus der Königlichen Universitäts-Frauenklinik zu Greifswald. Greifswald. 1895. (Heilung 8 mal völlig, 3 mal fast völlig, 2 mal war die Operation nicht vollendbar, 2 mal Erfolg unbekannt, über spätere Schwangerschaft nichts mitgetheilt.) — 97) Stocker, Ueber den Einfluss der Alexander-Operation auf die Geburt einerseits und die Wirkung von Schwangerschaft und Geburt auf die Alexander-Operation. C. f. Gyn. p. 550. — 98) Staude, Zur Vesicofixatio uteri. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. III. S. 94. (7 vaginale Operationen wegen Retroflexio mit Fixation der vorderen Fläche des Uterus an der hinteren der Blase.) — 99) Stuart, A case of

procidentia uteri elongated cervix complicating pregnancy. Am. J. of obstr. Vol. 34. p. 672. — 100) Talley, F. W., The proper position of celiohysteropexy in gynecology. Med. a. surg. Rep. 24. X. p. 525. (Empfehlung der Ventrofixation.) — 101) Theilhaber, Zur Pathologie und Therapie der Retroflexio uteri. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. III. S. 111. — 102) Derselbe, Welche Symptome machen die Flexionen und Versionen des Uterus. Münch. med. Wochschr. V. VI. S. 545. — 103) Taylor, J. W., On the opening of the abdomen from the vagina and vaginal fixation of the uterus. Brit. med. Journ. 11. I. p. 78. (Anerkennung der Verdienste Doyen's um die vaginale Uterusexstirpation und Bericht über 6 vaginale Laparotomien nach Dührssen.) — 104) Vineberg, H. N., A new method of performing vaginal fixation. Am. gyn. and obstr. Journ. Vol. 8. p. 771. — 105) Derselbe, Indication for vaginal fixation, with especial reference to the behavior of pregnancy and labor after the operation. Med. News. 14. III. p. 287. — 106) Wertheim, Verkürzung der Ligamenta rotunda und sacroiliaca mittelst Coeliotomia vaginalis anterior. Z. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 127. Centr. f. Gyn. No. 18. — 107) Derselbe, Ueber Verlauf von Geburt und Schwangerschaft bei vaginofixirtem Uterus. C. f. Gyn. S. 25. (Frühzeitige Wendung.) — 107a) Derselbe, Neue Methoden der Antefixatio uteri. Ebendas. S. 265. — 108) Wiggin, Treatment of uterine displacements by vagino-Fixation. New England Med. Monthly. October 1895. (4 Operationen.) — 109) Winter, E., Ueber partielle Inversion des Uterus bei Myomen. Z. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. S. 132. (Unbemerkte Inversion, die bei der Entfernung des in die Vagina geborenen Myoms zur Uterusperforation und somit zur Uterusexstirpation führte.) — 110) Derselbe, Zur Pathologie des Prolapses. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. S. 311. — 111) Derselbe, Zur Pathologie des Prolapses. Arbeiten aus dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie. Festschr. f. C. Ruge. — 112) Wertheim und Mandl, Die Verkürzung der Ligamenta rotunda und der Ligamenta sacrouterina mittelst Coeliotomia vaginalis anterior. C. f. Gyn. S. 465. (3 erfolgreiche Operationen derart.) — 113) Wendeler, Placenta nach Vaginofixation. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 34. S. 336. (Schwierigkeit nur bei der Geburt der Placenta.)

v. Arx (3) geht für die Genese des Prolaps davon aus, dass Bauch- und Beckenhöhle physikalisch eine gemeinsame Höhle darstellen, dass Veränderung des Inhaltes eines Organes nicht ohne weiteres auf ein Nachbarorgan, vielmehr nur auf den Gesammtinhalt der Bauchhöhle und erst dadurch auf jedes einzelne Organ von Einfluss ist; der Uterus ist also von der Füllung von Blase und Mastdarm viel unabhängiger, als man meist annimmt. Der Beckenboden ist nach dem Verf. in seiner vorderen Hälfte weniger widerstandsfähig, giebt also leichter nach, wenn dauernd eine Druckerhöhung im Becken stattfindet. Der Winkel der hinteren Wand der Schamfuge mit der horizontalen und der der Verlängerung des geraden Durchmessers der Beckenenge mit der Horizontalen ist gleich gross, misst 32°. Der Uterus bildet nach ihm einen elastischen einarmigen Hebel, dessen Drehpunkt im Ansatz des Lig. rotundum liegt; die Form des Uterus ist bedingt durch die Füllung der Nachbarorgane, der Uterusdrehpunkt macht nur geringe Excursionen. Die Kreuzbeinkrümmung bringt Verf. mit der Lage des Uterus bei den verschiedenen Beckenbodenspannungen in Zusammenhang. Die Prolapsgenese bringt Verf. mit dem Verlust des Dammes und der dadurch veränderten Spannung des Beckenbodens in Verbindung, und ebenso mit der durch das Nachgeben der vorderen Beckenbodenhälfte ermöglichten Cystocele.

So bedenklich manche der theoretischen Gesichtspunkte sind, so ist die vom Verf. construirte Operation immerhin ganz interessant. Er will die Blase durch eine quere Incision der Scheide vor der Portio ganz vom Cervix ablösen und beim Nähen soll die Blase in einige Querfalten gelegt werden, auch die Blase vom Cervix weit zurückgeschoben bleiben.

Nach Robb (87) ist congenitale, mangelhafte Bildung, andererseits häufige Ueberfüllung der Blase und des Rectums, plötzliche, starke Anstrengung der Bauchpresse und Erschlaffung des Beckenbodens und der Scheide sowie endlich Adhäsionen und narbige Processe in Folge der Beckenperitonitis als Ursache der Retrodeviation des Uterus anzusehen.

Blondel (7) glaubt, dass die abnorme Beweglichkeit des Steissbeines eine wichtige Rolle in der Entstehung der Prolapse und der Retroflexionen spielt und und räth, besonders bei letzteren stets auf das Steissbein zu achten.

Winter (110) trennt 2 Arten von Prolaps: einerseits beginnt der Prolaps in Folge Erschlaffung des Peritoneum und seiner Haltebänder mit Retroversion und Senkung des Uterus, und die Scheidenwände werden von oben her invertirt durch das Tiefertreten des Uterus; die andere Art des Prolapses beginnt mit Erschlaffung und Senkung der Scheidenwände, gewöhnlich ist allerdings auch hierbei eine geringe primäre Senkung des Uterus vorhanden. Sein weiteres Tiefertreten und die Elongation des Cervix wird aber dann nicht durch den Zug der vorgefallenen Scheidenwand, sondern durch den Druck der mit Urin gefüllten Cystocele bewirkt. Daher ist hier immer der supravaginale Theil des Cervix elongirt. — Zur Behandlung der ersteren Art kommen wesentlich Vagino- oder Ventrofixationen in Betracht, bei der zweiten Art die verschiedenen plastischen Operationen an Scheide und Damm. Es empfiehlt sich hierbei, die frei präparirte Cystocele möglichst mit fortlaufender Catgutnaht besonders zusammen zu fassen und so zur Verödung zu bringen. Die Amputation der Portio vaginalis ist nicht bei Elongation des Cervix, sondern nur bei wirklicher chronischer Hypertrophie derselben indicirt.

Halbertsma (45) tritt nach seiner Erfahrung bei Prolaps gegen Pessarbehandlung auf und empfiehlt die Operationen; er sieht die Colpoperineorrhaphie nach Hegar als Hauptsache an und fügt gern eine Tait'sche Perineoplastik eventuell hinzu.

Die Uebersicht von Halbertsma umfasst 50 z. Th. recht schwere Fälle; Recidive sind nicht ganz ausgeblieben.

Allmählig kommt man beim Prolaps wieder von der Uterusexstirpation zurück, für diejenigen, welche glauben, dass wir uns in Bezug auf die Technik und besonders die Indicationsstellung vor 10 Jahren schon ganz leidlich befanden, ist es interessant zu sehen, dass Richelot (85) und Bouilly zu der Hegar'schen

Methode der Colporrhaphia posterior eventuell mit Amputation portionis zurückkehren. Uterusfixation und Exstirpation allein hat keinen Werth.

Wertheim (106) will bei Prolaps das Peritoneum der Excavatio vesico-uterina von der Scheide aus öffnen, hier den Uterus vorziehen und ein 4—7 Ctm. weit vom Uterus entferntes Stück Ligamentum sacrouterinum an den Uterus selbst annähen oder es so jederseits verkürzen; demnächst macht er die Antefixation des Uterus durch Verkürzung des Ligamentum rotundum.

Kocks (58) will Retroflexio und Prolaps dadurch zu heilen versuchen, dass er von der Scheide aus die seitlichen Theile der Ligamenta lata vor dem Uterus miteinander vernäht und demnächst die Vaginalwunde wieder schliesst. Zwei Fälle hat er erfolgreich operirt.

Helme's (47) neues Verfahren zur Heilung eines Prolapses bei einer Virgo bestand in doppelter Unterbindung der Arteria uterina um die Blutzufuhr abzuschneiden und in supravaginaler Amputation des Cervix mit nachfolgender Umsäumung.

Die Erfahrungen mit den verschiedenen Operationsmethoden gegen Prolaps haben in der Göttinger Klinik, wie Humpf (51) berichtet, zur Amputatio portionis und Colporrhaphia anterior, bei grossem Vorfall duplex, zur Colporrhaphia posterior und zum Schluss hoher Dammbildung nach Tait geführt. Als Nahtmaterial wird Catgut angewendet, von 75 Fällen sind 39 Fälle geheilt geblieben, 19 Recidive höheren Grades wurden beobachtet.

Bouilly (11) trennt genetisch bei dem Genitalvorfall die Colpocele anterior und posterior, den Vorfall der Scheide und des Uterus mit oder ohne supravaginale Cervixhypertrophie, in practischer Beziehung dagegen trennt er nur den Scheidenvorfall von dem totalen Uterusvorfall. In Bezug auf die Therapie selbst bringt er nicht viel Neues.

Boursier (12) will die Incontinenz des Harns bei Prolaps nicht durch die Vorfalloperation allein heilen, sondern der Sicherheit halber auch eine Verlagerung der Harnröhre nach vorn hinzufügen.

Goubareff (41) will durch tiefe Nähte welche er unter der Schleimhaut der Scheide entlang führt, den Prolaps dadurch heilen, dass er die Beckenbodenmusculatur auf diese Weise strafft und von beiden Seiten einander nähert.

Baldy (4) will bei schweren Fällen von Prolaps den Uterus exstirpiren und dann die Unterbindung der Uterina mit der der Spermatica festzusammenziehen. Er hofft so auf dauernde Zurückhaltung des Uterus, 6 Fälle angeblich geheilt.

Condamin (17) schreibt über Ventrofixatio bei Anteflexio; richtiger sollte es heissen bei Retraction der Douglas'schen Falten, denn die früher in Deutschland als pathologische Anteflexio zusammengefassten Fälle will er so behandeln. Da unter seinen 32 Fällen eine Reihe von Anhangserkrankungen bestanden, so musste mehrfach die Castration gemacht werden. Leider unterscheidet C. bei seiner Schilderung der Erfolge nicht zwischen diesen beiden Wirkungen.

Keith (54) hält bei den mit Dysmenorrhoe und Sterilität verbundenen Fällen von Anteflexio immer noch die Anteflexio als solche für pathologisch; seine Operation der Incision der hinteren Wand der Portio vaginalis ist nicht neu und wird eben wie die früheren gleichen Eingriffe wohl bald verschwunden sein, hoffentlich um nicht so bald wieder angegeben zu werden.

Moericke (69) behandelt die Fälle von Anteflexio, die Dysmenorrhoe und Sterilität verursachen, durch Einlegen von leicht über die Fläche gekrümmten Silberstiftchen, die in steigender Stärke mehrere Tage hintereinander in den Uterus eingelegt werden. Daneben ist eine eventuell bestehende Endometritis durch Ausspülungen u. dergl. zu behandeln und eine geeignete Allgemeinbehandlung zur Kräftigung des Körpers in Anwendung zu bringen. Bei etwa 20 derart behandelten Fällen war der Erfolg ein guter, in 3 Fällen trat Schwangerschaft ein.

Mangin (66) berichtet über die Resultate seiner Prolapsoperationen; bei completem Vorfall operirte er 52 mal mit 43 Dauererfolgen, 105 mal bei mittlerem Vorfall mit 91 Dauererfolgen und 35 mal mit gutem Dauerresultat bei beginnendem Vorfall.

Die Discussion über die operative Behandlung der Retroflexio hat neben einer Reihe von Berichten über neue Methoden und Erfolge damit die principielle Frage nach der Bedeutung der Retroflexio überhaupt wieder zur Erörterung gebracht. Theilhaber (101) leugnet, dass die Lageveränderung als solche Beschwerden macht, B. S. Schultze (93) giebt zwar zu, dass einzelne Fälle derart vorkommen, hält aber im Uebrigen an seinem bekannten Standpunkt fest. Er tritt warm für Pessarbehandlung ein, hält aber unter bestimmten Umständen auch die operative Behandlung für angezeigt und hat gute Erfolge davon gesehen.

Flaischlen (27) giebt eine sehr gute Darstellung der heutigen Retroflexionsbehandlung; ohne gerade wesentlich Neues zu bringen, bespricht Verf. die Begrenzung der Pessarbehandlung gegen die operative Therapie; unter letzterer warnt er am meisten vor der Vaginofixation. Zwischen Ventrifixatio und Alexander'sche Operation entscheidet er nicht definitiv; für letztere empfiehlt er einen Bogenschnitt parallel der Symphyse von einer Seite zur anderen.

Goelet (35) will bei Retrodeviationen des Uterus die Endometritis und Metritis in Angriff nehmen und eventuell durch ein Intrauterinpessar die Lage verbessern. Von den sämmtlichen Fixationsoperationen des retroflectirten Uterus will er nur die Suspensio uteri an der vorderen Bauchwand zulassen.

Nourse (77) will den Cervix bei Retroflexio bilateral spalten und die hintere Lippe höher an die vordere annähen, so dass diese letztere gedehnt wird und so die Retroflexionsbildung verhindert.

Die Vaginofixation will Vineberg (104) in folgender Weise machen: Längsincision der Vagina mit Ablösung der Lappen nach beiden Seiten, quere Incision der Excavatio vesicouterina, Loslösung und Hervorwälzung des Uterus, Ligatur um die Ligamenta rotunda, 1—2 cm vom Uterus entfernt, die weit nach aussen

durch die Vaginalschleimhaut hindurchgeführt und dort fixirt werden, und ebenso Anlegung einer Naht quer durch die vordere Wand des Uterus-Körpers, die auch in der Scheidenwunde fixirt wird. Demnächst Schluss der Wunde. Verf. hat 3 mal so operirt.

Mackenrodt (65) verzichtet jetzt auf die Fixation des Uterus an die Vagina, will auch nicht mehr unterschiedslos alle Retroflexionen operiren und empfiehlt als Ersatz der Vaginofixation die Vesicofixation, hierbei will er das Blasenperitoneum verkürzen und die vordere mit Peritoneum bekleidete Fläche des Uterus an die Wunde der Blase nähen.

Godinho (34) will nach Eröffnung der Bauchhöhle vom vorderen Scheidengewölbe aus intraperitoneal die Ligamenta rotunda bei Retroflexio uteri verkürzen; er hat dies Verfahren in einem Falle mit Erfolg ausgeführt.

Dührssen (20) versucht die Gefahren, welche von einzelnen Autoren bei Geburten nach vorausgegangener Vaginofixation beobachtet sind, als nicht principiell bedenklich hinzustellen und will durch Veränderung an seiner Methode — isolirter Nahtverschluss der Plica — diese Störungen bei Geburten umgehen. Ein grosser Theil der Arbeit ist der Abwehr gegen allerhand Angriffe gewidmet.

Noble (72) berichtet über 2 Geburten nach Ventrofixatio uteri, in denen es zu erheblichen Störungen kam. Er stellt eine grössere Zahl von Geburten aus Amerika zusammen und kommt zu dem Schluss, dass ernste Gefahren nur dadurch entstehen, dass der Fundus und die vordere Wand so fixirt werden, dass die Ausdehnung des Uterus nur auf Kosten der hinteren Wand zu Stande kommt; dann aber kann sogar der Kaiserschnitt nöthig werden.

Abel (1) schildert einen Fall, in dem er nach einer vorausgegangenen von anderer Seite gemachten Portioamputation und Ventrofixation bei narbiger Beschaffenheit der Portio und abnormer Richtung der Uterusachse zum Kaiserschnitt nach Porro sich veranlasst sah.

Kiefer (55) will von der Vagina aus die Ligamenta rotunda durch Faltenbildung verkürzen und ferner die angefrischten Ligamenta rotunda an die vordere Bauchwand, in dem er wie Günther von der Scheide aus die Ligamenta dorthin leitet.

Pagenstecher (81) empfiehlt folgende Retrofixatio uteri wegen Retroflexio. Zuerst Incision des Douglas'schen Raumes, in grösserer Ausdehnung sagittal bei zuerst angezogener Portio, dann wird der Uterus in starke Anteversio gebracht und die Portio losgelassen; nunmehr wird vom Rectum aus eine möglichst hohe Portion der vorderen Wand desselben in die Scheidenwunde gebracht und diese dann mit der Scheide vernäht.

L. Smith (95) geht bei der Alexander-Adam'schen Operation so vor, dass er den Finger auf die Spina pubis aufsetzt, und dass er auf diesen Vorsprung spitzwinklig auf das Lig. Poupartii incidirt bis zur Fascia profunda; hier findet Verf. dann ein kleines Fetttränbchen, an dem er zu ziehen räth; demnächst erfolgt das Einnähen. Verf. legt also Werth darauf die natürlichen Verhältnisse des Inguinalcanal nicht zu alteriren.

Kelly (56) hält die Vaginofixation für im Wesentlichen beseitigt, er glaubt, dass man nicht alle Retroflexionen operiren muss, unter den Operationen giebt er der Alexander-Adam'schen den Vorzug.

Ueber die Fixationsoperationen des Uterus wegen Retroflexio sprechen sich u. A. Mundé, Edebohls und Vineberg aus: ersterer verwirft mit Edebohls die Vaginofixation, empfiehlt dagegen die Alexander-Adam'sche Operation, Edebohls lässt dieser Operation gegenüber ausnahmsweise noch Ventrofixatio zu, Vineberg dagegen empfiehlt die Vaginofixation, da er die Störungen durch verbesserte Technik für vermeidbar hält.

Edebohls (25) verwirft die vaginale und ventrale Uterusfixation bei allen Frauen, die noch concipiren wollen, möglichst ganz, nur bei altem Prolaps will er noch die Ventrofixation zulassen, und ebenso nach Castration.

Von 21 Frauen, die nach Alexander-Adams von Stocker (97) operirt wurden, sind nach der Operation 10, wovon 3 je 2 mal schwanger geworden, eine hat abortirt, die anderen 9 gebaren rechtzeitig ohne Störung, der Uterus blieb in normaler Lage.

Edebohls (23) sah unter 116 Verkürzungen des Lig. rotundum wegen Retroflexio 106 vollkommene Heilungen, einen Todesfall, 5 relative und 4 vollständige Misserfolge.

Unter 10 Fällen von Retroflexio, die vor längerer Zeit durch die Verkürzung der Ligamenta rotunda von Schweizer (94) operirt waren, trat nur 1 mal Recidiv ein, und hier nach einer leicht überstandenen Geburt.

Blondel (8) giebt eine ausführliche Uebersicht über die verschiedenen Operationen, die bei Retroflexio vorgeschlagen sind, kann den Werth derselben aber nicht sehr hoch anschlagen; vielmehr will er bei Retroflexio die begleitenden Veränderungen heilen, den Damm wieder bilden, den Vorfall nähen, den Uterus tonisiren, sowie für kurze Zeit ein Pessar tragen lassen.

Buschbeck (14) giebt eine Zusammenstellung über Ventrofixation nach Leopold, Vaginofixation und Alexander'sche Operation. Die vaginalen Operationen werden verworfen, nur die vaginale Verkürzung der Ligamenta rotunda noch weiterer Versuche für werth gehalten, ebenso wird die Alexander'sche Operation noch weiter geprüft, vorläufig empfiehlt B. aber auf Grund von nunmehr 73 Operationen die Leopold'sche Ventrofixation.

P. Richter (86) beschreibt zwei Fälle von Uterusmyomen, die polypös in den Genitalkanal hervorragten und unter leichtem Zug einer Muzeux'schen Zange mit einer Scheere abgeschnitten wurden; beide Mal wurde das Peritoneum hierbei eröffnet und nun eine partielle Inversion erkannt; in dem einen Fall wurde der Uterus exstirpirt, in dem zweiten wurde nichts gemacht. Beide Fälle genasen.

[Neugebauer, Fr. und M. Warzawski. Inversio uteri. Kronika lekarska. No 6—9. (Ein auf reichhaltiger Casuistik basirender klinischer Vortrag.)

Trzebicky (Krakau).

1) Meyer, Leopold, Ueber Retroflexio uteri, mit besonderer Rücksicht auf Symptome und Behandlung. Vortrag, mit darauf folgender Discussion in der med. Gesellschaft zu Kopenhagen gehalten. Bibl. f. Lägev. R. 7. Bd. 7. p. 93. — 2) Heiberg, Wilh., Bemerkungen über Retroflexio uteri und die Behandlung derselben. Hosp. Tidende. R. 4. Bd. 4. p. 1, 25.

F. Nyrop (Kopenhagen).

1) Lindfors, A. O., Ein Fall von Ventrofixatio uteri wegen Vorfalles; sodann Schwangerschaft mit glücklichem Ausgang. Upsala läkareförenings förhandlingar. Neue Reihe. I. 1. p. 291—293. — 2) Netzel, V., Küstner's Operation wegen Uterusinversion. Hygiene. LVIII. 5. p. 451—455.

Lindfors (1). 30jährige Frau, litt seit ihrem 15. Jahre an Gebärmuttervorfall, durch Heben einer schweren Last zugezogen. Schlank und blass. Die Vaginalportion in hohem Grade atrophisch, angeschwollen, indurirt und die Schleimhaut lederartig verändert. Muttermund so klein, dass er nicht entdeckt werden konnte, nur während der Menstruation erkennbar durch ein Blutpünktchen. Laparotomie. Die Technik war eine Modification der Leopold'schen Methode, indem die Anheftungsstelle auf der Gebärmutter, welche mittels Wegnahme eines Stückes vom Peritoneum, gross wie ein Fingernagel, präparirt wurde, nicht zum Fundus, sondern 1,5 cm unterhalb dieses verlegt wurde. Drei Silkwormgutsuturen durch die Gebärmutter und Bauchwand; jene wurde zur Bauchwunde ungefähr an der Mitte dieser und ca. 4 cm oberhalb der Symphyse fixirt. Perineorhaphie nach Lawson Tait. Heilung. Zwillingsschwangerschaft. In den harten Cervix und den kleinen rigiden Muttermund, welche die Beendigung der Entbindung verhinderten, wurden drei tiefe Einschnitte gemacht. Doppelte Zangenentbindung. Schwer stillbare Blutung. Heilung. Bei schweren Fällen von primärem Prolapse, in frühem Alter enstanden, ist die Ventrofixation nach L. von gutem Nutzen sowohl in mechanischer wie Schwängerungsbeziehung, aber Retroflexion giebt äusserst selten eine bestimmte Indication für operative Fixirung ab. Ventrofixation ist die beste von den vorgeschlagenen Fixirungsmethoden.

Netzel (2). 31jährige Frau. Eine Fehlgeburt und 5 spontane Entbindungen. Infolge der gewaltthätigen Manipulationen, um die Placenta herauszuschaffen, bewirkte die Hebamme heftige Schmerzen und abundante Blutungen mit Bewusstlosigkeit, Fieber und Irresein ohne Ungestüm. Nicht nur die ganze Gebärmutter war vollständig invertirt, sondern auch der Mutterhals, mit Ausnahme seines hinteren Theiles, wo ein niedriger Wall die Vaginalportion repräsentirte. Da wiederholte langdauernde und sehr energische Repositionsversuche in tiefer Narcose sowie Colpeurysen (einmal eine Combination von Kesmarsky's und Treub's Methoden) misslangen, operirte Verf. nach den Vorschriften von Küstner. Der einzige Unterschied zwischen seinem Verfahren und demjenigen von K. war, dass die reïnvertirte Gebärmutter durch den Schnitt im hinteren Fornix hervorgezogen wurde. Vollkommen reactionslose Heilung.

Dieser Fall constatirt also, dass zum wenigsten unter im übrigen günstigen Verhältnissen die Küstner'sche Methode ein besonders gutes Resultat giebt.

A. Fr. Eklund (Stockholm).]

4. Neubildungen.

a) Myome.

1) Asher, W. E., The treatment of fibroid tumors of the uterus. Am. gyn. a. obst. j. Vol. 9. p. 748 and 783. (Nichts Neues; allgemeine Uebersicht.) — 2) Auer, Ein Beitrag zur Kenntniss der Cervixmyome. Diss. Erlangen. (2 Fälle, vaginale Enucleation.) — 3) Benninghof, Celiovaginal Hysterectomy. Am. J. of obst. Vol. 33. p. 654. (6 geheilte Fälle.) — 4) Baldwin, Treatment of stump to prevent adhesions. Ibid. Vol. 34. p. 682. — 5) Baldy, Soft myoma complicated by ovarian cysts and hydrosalpinx. Ibid. Vol. 33. p. 249. — 6) Blum, R., Welches ist die beste Myomoperation? Ztschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. S. 80. — 7) Bovée, Suppurating fibroid tumor of the uterus complicated by phlegmasia of the leg. Amer. journ. of obst. Vol. 34. p. 395. (Operation, Heilung.) — 8) Derselbe, Submucous Fibroid. Ibid. Vol. 34. p. 73. — 9) Derselbe, Fibroid uterus. Ibid. p. 73. — 10) Braetz, Ein Fall von Endotheliom der Portio vaginalis. Arch. f. Gyn. Bd. 52. S. 1. Diss. inaug. Halle. — 11) Brettauer, Hysterectomy for multiple fibroids partly retroperitoneal; rupture of the sigmoid flexure, recovery. Amer. gyn. a. obstr. j. Vol. VIII. p. 250. — 12) Byford, Drainage of the stump in abdominal hysterectomy. Am. journ. of obstr. Vol. 34. p. 292. — 13) Derselbe, Drainage of the stump and connective tissue in abdominal hysterectomy. Am. gyn. and obst. Vol. 9. p. 492. — 14) Carr, Oophorectomy for small fibroid tumors. Am. journ. of obst. Vol. 33. p. 100. — 15) Chase, W. B., Remarks on the rational treatment of uterine fibroids. Med. Record. 6. VI. p. 798. (Nichts Neues.) — 16) Chrobak, Beitrag zur Kenntniss und Therapie der Uterusmyome. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. III. S. 177. (Bericht über ein Uterussarcom und Empfehlung des Individualisirens in der Methode der Myomotomie.) — 17) von Chrzanowski, Zwei Fälle von secundärer Verwachsung submucöser Myome mit der gegenüberliegenden Wand des Uterus. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 11. — 18) Cripps, Harrison, Abdominal hysterectomy with intraperitoneal treatment of the stump with notes of eight cases. London obst. Tr. Vol. 38. p. 41. (Desinfection der Vagina, Bedeckung des Stumpfes mit Peritoneum, ein Todesfall unter 8 Operirten.) — 19) Cullingworth, C. I., Necrotic change in a small uterine myoma occurring in a young subject. Ibid. Vol. 37. p. 284. (Laparotomie. Weichheit des Tumors liess an Dermoid denken.) — 20) Derselbe, Large fibrocystic myoma growing from the cervix uteri. Ibid. Vol. 38. p. 8. — 21) Deaver, Fibroid of the uterus with a dermoid cyst of the right side and a pyosalpinx of the left side. Amer. journ. of obst. Vol. 33. p. 258. — 22) Derselbe, Fibroid of the uterus with double pyosalpinx. Ibid. Vol. 33. p. 258. — 23) Debuchy, Hystérectomie vaginale pour utérus fibromyomateux pesant 800 grammes, guérison. Arch. de tocol. Vol. 23. p. 497 et Journ. des sc. méd. de Lille. 2. III. — 24) Delagénière, H., Hysterectomie abdominale totale pour fibromyomes. Troisième série de 10 nouveaux cas. Congrès int. de gyn. et d'obst. Sept. (Von 30 derartigen Operationen nunmehr zwei Todesfälle.) — 25) Derselbe, Dix nouveaux cas d'hystérectomie abdominale totale pour tumeurs fibreuses de l'utérus. Dix guérisons. Bull. et mém. de la soc. chir. 3. VII. p. 487. (Warme Empfehlung seiner rein abdominalen Methode, unter jetzt 20 Operationen nur 1 Todesfall.) — 26) Donald, A., Intraperitoneal hysterectomy and hysterectomy by the combined method for fibroid tumours of the uterus with notes of cases. Brit. med. journ. 31. X. p. 1184. — 27) Derselbe, Vaginal hysterectomy for myoma of the uterus. Brit. med. journ. 29. II. p. 522. — 28) Doran, Cystic myoma of uterus weighing over fifteen pounds. London obstr. Tr. Vol. 38. p. 16. (Schwierige Diagnose.) — 29) Dudley, Uterine myoma. Amer gyn. and obstr. journ. Vol. VIII. p. 114. (4 Operationen, will bei der Technik individualisiren.) — 30) Edwards, K. A., Panhysterectomy for fibroid in aged women. Am. journ. of obst. Vol. 34. p. 361. (Die Operation im höheren Lebensalter ist, wie Edwards betont, schwieriger, weil sie oft malign degenerirt sind, aber sie ist auch gefähr-

licher wie früher wegen der Schwäche der Frauen, doch bei bestimmten Störungen dringend empfohlen.) — 31) Elder, G., Specimen and notes from a case of supravaginal hysterectomy during pregnancy for threatened intestinal obstruction. Brit. gyn. journ. Part. 45. p. 10. — 32) Derselbe, A large fibroid increasing rapidly after marriage. Ibidem. — 33) Fraser, J. H., Notes on a case of uterine cystic fibroma. Brit. med. journ. 4. IV. p. 837. (Nach zahlreichen Punctionen ging Pat. zu Grunde, bei der Section fand sich ein Cystomyom dem Fundus gestielt aufsitzend.) — 34) Fry, Myomectomy, fatal secondary hemorrhage with rising temperature. Amer. journ. of obst. Vol. 34. p. 46. 293. Amer. gyn. a. obst. journ. Vol. 9. p. 494. — 35) Derselbe, Edematous intraligamentic fibroid tumor. Amer. journ. of obst. Vol. 33. p. 110. — 36) Flaischlen, Ueber Complication der Geburt durch Cervixmyom. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 34. S. 538. (Im Wochenbett vaginal enucleirt.) — 37) Gottschalk, Myomatöser Uterus. Ebendas. Bd. 34. S. 338. (Vaginale Totalexstirpation eines grossen Myom mit gleichzeitigem Herausreissen eines Stückes Pyriformis.) — 38) Galabin, Oedematous fibroid tumour of uterus associated with pregnancy. London obst. tr. Vol. 37. p. 286. (Exstirpation des schwangeren Uterus mit dem als Ovarialtumor diagnosticirten Myom nach Baer's Methode, Heilung.) — 39) Derselbe, Uterine fibroid associated with carcinome. Ibidem. Vol. 38. p. 102. (Corpuscarcinom bei Myom, Uterus exstirpirt nach Baer's Methode, vorher war wegen des Myom die Castration gemacht.) — 40) Hartmann et Mignot, Note sur la suppuration gangréneuse des fibromes indépendants de la cavité utérine. Ann. de gyn. Tome 45. p. 425. (Beschuldigt eine anaerobe Microbe, welche die intacte Schleimhaut durchwanderte, als Ursache der spontanen Verjauchung der Myome.) — 41) Hall, Fibroid tumor of the uterus complicated with pus tube and suppurating ovary. Amer. journ. of obst. Vol. 33. p. 889. — 42) Derselbe, Soft myoma of the uterus. Ibid. Vol. 34. p. 707. (Stammt von einer 28 Jahre alten Frau.) — 43) Harrison, G. T., Indications of treatment in the case of uterine myoma. Amer. gyn. and obst. journ. Vol. VIII. p. 198. 256. (Nichts Neues.) — 44) Hauck, F., Ueber extraperitoneale Stielbehandlung bei Hysteromyomectomie. Diss. inaug. Erlangen 1895. — 45) Hofmeier, M., Ueber die Beziehungen zwischen Myom und Sterilität. Berl. klin. Wochenschr. No. 43. — 46) Howitz, Un nouveau traitement des fibromes de la matrice. Ann. de gyn. Tome 46. p. 607. (Saugen an den Brustwarzen soll die Myome verkleinern.) — 47) Houzel, Fibrômes et hystérectomie. Ibid. Tome 45. p. 265 u. 365. (Zusammenstellung der verschiedenen Methoden.) — 48) Jarman, Large submucous fibroid of the uterus developing rapidly after the menopause. Amer. gyn. and obst. journ. Vol. VIII. p. 252. — 49) Janvrin, Abdominal hysterectomy for multiple fibroma. Ibidem. Vol. VIII. p. 59. — 50) Johnson, Myomectomy with removal of diseased ovaries and tubes. Amer. journ. of obst. Vol. 34. p. 75. — 51) Johnson, J. T., Seventeen cases of hysterectomy by the „Baer method“ with remarks. Amer. gyn. and obst. journ. Vol. VIII. p. 16. (Nur ein Todesfall.) — 52) Jouin, D'une nouvelle thérapeutique médicale des fibrômes utérins. Arch. de tocol. et de gyn. Vol. 23. p. 382. (Empfehlung der Thyreoidintabletten.) — 53) Kalabin, Johann, Zur Frage über die Ablation der Adnexe des Uterus. Ctbl. f. Gyn. No. 49. S. 1245. (Fall von Castration, hinterher lange Zeit Blutung, sehr langsame Verkleinerung des Uterus.) — 54) Kelly, Technique of supravaginal hysterectomy. Amer. journ. of obst. Vol. 33. p. 286. — 55) Kelly, H. A., Hysteromyomectomy and hysterosalpingo-oophorectomy by continuous incision from left to right or from right to left. Hopk. Hosp. Rep. Vol. VII. 59 u. 60. p. 27. — 56) Kessler, L., Indicationen bei Uterusmyomen. St. Petersb. med. Wochenschr. No. 19. — 57) Derselbe, Die abdominelle Totalexstirpation des myomatösen Uterus und deren Vorgeschichte. Ebendas. 1895. No. 36. (2 Fälle.) — 58) Kötschau, Parotitis nach Myomenucleation und Exstirpation doppelseitiger Haematosalpinx. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. IV. S. 342. — 59) Küstner, O., Ueber Indicationen und Contraindicationen der Myomotomie. Leipzig. Sammlg. klin. Vortr. 164. (Mit der Besserung der Resultate ist auch Ausdehnung der Indicationen und Contraindicationen möglich.) — 60) Le Bec, Total hysterectomy for large fibroid. New method. Brit med. Journal. Oct. 31. p. 1293. — 61) Lewis, Hysterectomy for fibroids. Am. Journ. of obst. Vol. XXXIII. p. 286. (8 Fälle.) — 62) Leopold, G., Die operative Behandlung der Uterusmyome durch vaginale Totalexstirpation. Arch. f. Gyn. Bd. 52. S. 497. — 63) McLean, Multiple uterine fibroids; pregnancy, hysterectomy. Amer. gyn. and obst. Journ. Vol. VIII. p. 254. (Genesung.) — 64) Mallett, Intraligamentous fibroid; bicorned uterus. Am. gyn. and obst. Journ. Vol. VIII. p. 249. — 65) Martin, A., Vaginal exstirpirtes Myom. Zeitschr. für Geb. u. Gyn. Bd. 35. S. 140. (Vaginal operirt, 20 Jahre alte Person.) — 66) Mackenrodt, Partielle Inversion bei Uterusmyom. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. S. 145. (Ein Fall von unbemerkter Inversion, die bei Abtragung eines in die Scheide geborenen Myoms zur Uterusperforation und damit zur Nothwendigkeit der Uterusexstirpation führte.) — 67) Martin, F. H., Uterine fibroid. Am. gyn. and obst. Journ. Vol. VIII. p. 619. — 68) Derselbe, Fibroid tumor of the uterus with double pyosalpinx. Ibidem. p. 618. — 69) Massey, The ultimate results in a case bleeding fibroid treated by electricity. Ibidem. p. 820. (Tumor wurde unter Fieberbewegung langsam ausgestossen.) — 70) Morison, Notes on three cases of fibroid tumours of the uterus complicated by pregnancy and treated by operation. Brit. gyn. Journ. Part. 47. p. 365. — 71) Nelson, N. T., A plea for abdominal hysterectomy. Am. gyn. and obst. Vol. IX. p. 590. (Verwirft bei Myomen die vaginale Operation.) — 72) Noble, Ten specimens of fibroids. Am. Journ. of obst. Vol. 33. p. 886. — 73) Noll, Hysterectomy for interstitial fibroid of the uterus; Rupture of abdominal wound, protrusion of intestines, recovery. Ibidem. p. 548. — 74) Olshausen, Myomatöser Uterus mit Druckstelle vom Promontorium. Zeitschr. f. Geb. u. Gynäcol. Bd. 35. S. 485. — 75) O'Callaghan, R., Three specimens of uterine fibroid removed by hysterectomy. Brit. gyn. Journ. Part. 46. p. 171. — 76) Penrose, Hysterectomy by combined abdominal and vaginal operation. Am. Journ. of obst. Vol. 34. p. 822. — 77) Price, J., Some methods of hysterectomy. Ibidem. Vol. 33. p. 183. 288. (Individualisiren.) — 78) Rademacher, Ein Beitrag zu den Beobachtungen der carcinomatösen Degeneration des Fibromyoma uteri. Diss. in. Greifswald. 1895. (Sectionsbefund, ein Fall.) — 79) Ramsay, Pedunculated myoma of the uterus causing intestinal obstruction. Brit. gyn. Journ. Part. 45. p. 49. (Laparotomie. Heilung.) — 80) Recklinghausen, Fr. v., Die Adenomyome und Cystadenome der Uterus- und Tubenwandung, ihre Abkunft von Resten des Wolff'schen Körpers. gr. 8. Mit 2 Holzschn. u. 12 Taf. Berlin. — 81) Reed, Small diffuse uterine myoma, hysterectomy, recovery. Am. Journ. of obst. Vol. 34. p. 706. (34 Jahre alte Frau; es handelt sich wohl mehr um chronische Metritis.) — 82) Régnier, Indications et technique du traitement électrique de fibromes utérins. Annal. de gyn. Tome 45. p. 453. (Bericht über 14 Fälle, nichts Neues.) — 83) Reyenga, Jets over de steelbehandeling na myomotomieen. Weekblad. 1. Febr. p. 173. — 84) Robinson, Byron. The extraperitoneal treatment of the stump in abdominal hysterectomy for uterine myomata. Am. gyn. and obst. Journ. Vol. IX. p. 586. (Empfehlung der extraperitonealen Methode im Gegensatz zur Totalexstirpation.) — 85) Rosenwasser, Re-

port of three cases of uterine fibroids complicated by pregnancy. Am. Journ. of obst. Vol. 34. p. 867. — 86) Schick, R., Die Myomotomie mit retroperitonealer Stielbehandlung. gr. 8. Leipzig. Samml. klin. Vortr. 158. — 87) Segond, P., Considerations on the technique, the difficulties and dangers of vaginal hysterectomy in cases of fibroma and in pelvic suppuration. Ann. of Gyn. Vol. 9. p. 816. (Nichts wesentlich Neues, warme Vertheidigung von Péan's Verfahren). — 88) Senn, Myofibroma of the uterus complicated by pregnancy. Am. gyn. and obst. J. Vol. VIII. p. 391. 392. — 89) Derselbe, Myofibromata of the uterus complicated by a sloughing submucous fibroid. Ibid. p. 393. — 90) Smith, A., Fibromyomata removed by intraperitoneal enucleation. Brit. gyn. J. Part. 47. p. 302. (Genesung). — 91) Schaeffer, R., Uterusmyom und papilläres Kystom. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 34. S. 347. — 92) Smyly, Specimens of myomatous uteri removed by morcellement per vaginam. Brit. gyn. Journ. Part. 44. p. 491. — 93) Bland, Sutton J., A large myoma of the neck of the uterus. Brit. med. Journ. 31. 10. p. 1308. (Laparomyomotomie, extraperitoneale Behandlung. Heilung.) — 94) Taylor, Cystic myoma and double pyosalpinx removed by panhysterectomy without previous ligature. Brit. gyn. Journ. Part. 47. p. 305. (Doyen's Methode, Genesung). — 95) Thorn, W., Vaginale Myomoperation. Arbeiten aus dem Gebiete der Geburtshülfe und Gynäkologie. Festschrift für C. Ruge. — 96) Tripier, Fibrome utérin volumineux. Bull. de Thér. 131, 10. p. 457. (Glänzender Erfolg der Electrolyse [?].) — 97) Tull, E. E., Atrophy of vagina following hysterectomy. Am. gyn. and obst. Journ. Vol. 9. p. 777. (1 derartiger Fall.) — 98) Veit, Ueber vaginale Myomotomie. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd. 34. S. 109. — 99) Voigt, Ueber Drüsenbildung in Myomen. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. III. S. 9. (Einige derartige Fälle.) — 100) Derselbe, Zur vaginalen Totalexstirpation bei nicht bösartiger Erkrankung. Ebendas. Bd. IV. S. 38. (15 Myome, 16 Anhangserkrankungen, 6 blutende nicht carcinomatöse Uteri mit 3 Todesfällen.) — 101) Wallace, J., Notes on the evolution of treatment of uterine fibroids in the Thornton ward Liverpool royal infirmary. Brit. med. Journ. 31. X. p. 1284. — 102) Walthard, M., Zur operativen Behandlung grosser Myome des Uterus. Schweiz. Corr. No. 4. S. 97. — 103) van de Warker, E, Rare complications in two cases of hysterectomy. Am. gyn. and obst. Journ. Vol. 9. p. 738. — 104) Wathen, Treatment of intraligamentous and retroperitoneal uterine myomata. Ibid. p. 330. (Beginnt von der Vagina aus zu enucleiren, um dann nach Laparotomie, die Operation von oben zu beenden.) — 105) Derselbe, Treatment of intraligamentous and retroperitoneal uterine fibromyomata. Am. Journ. of obst. Vol. 34. p. 285. (Warme Empfehlung der Enucleation von der Vagina aus, wenn möglich mit Erhaltung des Uterus.) — 106) Watkins, Uterine myoma containing a foetus. Am. gyn. and obst. Journ. Vol. VIII. p. 227. (Schwangerschaft und Myom, Operation, Heilung.) — 107) Weghmann, A., Zwanzig Myomotomien aus der Göttinger Frauenklinik. Inaug.-Diss. Göttingen. 1895. (Myomotomie nach Schroeder's Vorschrift intraperitoneal gemacht; 2 Operirte starben.) — 108) Wetherill, Some noteworthy hysterectomies: A retrospective review. Am. gyn. and obst. Journ. Vol 8. p. 717. (13 Operationen, darunter 11 Laparomyomotomien, im Ganzen 2 Todesfälle.) — 109) Wilm, Ein Beitrag zur Amputatio uteri myomatosi supravaginalis mit extraperitonealer Stielversorgung. Inaug.-Diss. Halle a. S.

Hier kann nur auf das wichtige Werk v. Recklinghausen's (80) hingewiesen werden, in dem der Nachweis erbracht wird, dass die Reste des Gartnerschen Ganges im Uterus für die Genese von Myomen und Adenomyomen von grosser Bedeutung sind. Eine genaue Untersuchung von Uteris und Myomen führt mit Sicherheit zu diesem Schluss, den der Verf. klar und deutlich ausspricht. So gross der Fortschritt ist, der dadurch gewonnen ist, so verbietet doch der Platz den ganzen Gedankengang und das Beweismaterial hier vorzuführen.

In weiterem Verfolg einer früheren Arbeit zeigt Hofmeier (45), dass er das Myom nicht als die Ursache der Sterilität ansehen kann, vielmehr nimmt er an, dass trotz Myom leicht Conception eintreten kann (cf. frühere Arbeit 1894).

v. Chrzanowski (17) publicirt 2 weitere Fälle von Myomen, die mit der Schleimhaut der Vagina verwuchsen; er erklärt diesen Process als entstanden durch eine Drucknecrose der Schleimhaut.

Leopold (62) berichtet über 26 vaginale Totalexstirpationen des Uterus wegen Myom; im Ganzen hat er jetzt aus dieser Indication die Operation 74 mal mit 2 Todesfällen gemacht. Er legt ausser bestimmten schon publicirten technischen Vorschrift besonders Werth auf die Vorbereitung der Kranken durch wiederholte subcutane Kochsalzlösunginfusionen. Uebrigens lässt er principiell die Ovarien hier zurück.

Thorn (95) zieht den vaginalen Weg der Laparotomie vor in allen Fällen, in denen er die gleiche Uebersichtlichkeit und damit die gleiche Sicherheit des Operirens garantirt sieht. So hat Verf. in 32 Fällen vaginale Operationsmethoden angewandt, die des Genaueren besprochen werden. Dieselben verdienen so lange die Anwendung, als technisch die Möglichkeit besteht, den unverkleinerten oder verkleinerten Uterus unter sicherer Abbindung seiner Verbindungen durch's Becken zu leiten. Bei submucösen Myomen benütze man den Cervicalcanal zur Entfernung, und nur wenn eine genügende Erweiterung desselben nicht zu erreichen ist, greife man zur Colpotomie, die bei intramuralen und auch bei subserösen Tumoren Anwendung verdient. Ist der Uterus von mehreren Myomen durchsetzt, der obere Theil des Corpus jedoch frei von solchen, so kann man mehr oder weniger hoch amputiren und den zurückbleibenden Rest des Uterus mit der Vagina vernähen. In allen Fällen, in welchen die Function des Uterus irreparabel ist, erscheint die Totalexstirpation angebracht. Nicht immer lässt sich beim Beginn ein fester Operationsplan machen.

Donald (26) publicirt 4 Fälle von Myom des Uterus, in denen er wegen Blutungen oder Einklemmungen gezwungen wurde zu operiren und in denen er mit gleichmässig gutem Auszug die vaginale Totalexstirpation machte. Er empfiehlt in das Innere des Uterus vorspringende Tumoren nach Uterusdilatation zu exstirpiren und vaginal nur Tumoren anzugreifen, die die Symphyse etwa 3—4 Zoll überragen.

An dem Fall von Fry (35) ist immerhin bemerkenswerth, dass die Temperatur sich erheblich steigerte bei einer internen Nachblutung nach Myomotomie; derartiges beobachtet man bei Combination von Infection mit Blutung; das lag wohl auch hier vor.

Byford (12) will bei der Myomotomie den Cervixstumpf durch das vordere Scheidengewölbe in die Scheide leiten, um so sicher zu drainiren, jedenfalls aber in allen Fällen auch ohne diese Manipulation vor allem drainiren.

Kelly (54) empfiehlt bei der Uterusexstirpation mit Laparotomie bei Myomen und Anhangserkrankungen quer von einer Seite zur anderen fortlaufend zu schneiden und dabei die Spermatica, das Ligamentum rotundum und die Uterina der einen Seite, demnächst Uterina, Lig. rotundum und Spermatica der anderen Seite zu unterbinden und zu durchschneiden; demnächst vernäht er den Cervix und bedeckt ihn mit Peritoneum.

Köttschau (58) will eine nach Myomenucleation und Salpingotomie entstandene Parotitis durch Hemmung der Secretion und dadurch erleichtertes Eindringen von Microorganismen in den Ductus stenonianus erklären.

Le Bec (60) publicirt 40 Myomotomien nach eigener Methode mit 4 Todesfällen operirt. Das Eigenthümliche derselben besteht in der Unterbindung der Spermaticae, Anlegung einer elastischen Ligatur, Abschneiden des Tumors durch Umstechung der Uterinae beiderseits und demnächst Abnahme des Schlauches, sowie mediane Spaltung des Cervix in 2 Stümpfe; das Peritoneum wird dann über den Stümpfen geschlossen.

Kessler (56) empfiehlt wegen der Besserung der operativen Prognose alle Myome, sobald sie Symptome machen, möglichst radical zu entfernen; er selbst hat bei 9 Myomkranken 6 mal abdominal die Geschwulst exstirpirt, einmal eine weitere Laparotomie und 2 mal vaginale Operation wegen Myom ohne Todesfall gemacht.

Hauck (44) publicirt 4 Fälle von Hysteromyomectomie, in denen sich Frommel zur extraperitonealen Stielbehandlung entschloss. Sehr geschwächten Allgemeinzustand und schwere Anämie, übermässig starke Blutungen bei der Operation, Herzerkrankung, Myomverjauchung, Blasenverletzung, drohende Stumpfnecrose, Unmöglichkeit der Versorgung, todte Räume, ungünstige Form des Collum, Brüchigkeit der Gewebe und schlechte Beschaffenheit der Uteruswand für die Naht nimmt Verf. als Grund für die extraperitoneale Stielbehandlung an.

Guermonprez erörtert die Frage der Technik und der Priorität der abdominalen Totalexstirpation des Uterus; er hat schon 1891 die erste Reihe von Erfolgen mit dieser Operation publicirt und seitdem wiederholt in eigener Arbeit und in Mittheilungen von Schülern auf diese Methode hingewiesen. Er giebt jetzt eine gewissermassen actenmässige Darstellung seiner Arbeit auf diesem Gebiet.

Donald (26) ist beim Vergleich seiner — nicht zahlreichen — Operationen wegen Myoms der Totalexstirpation des myomatösen Uterus geneigt den Vorzug zu geben. In der Discussion erwähnt Chr. Martin, dass er 13 mal die Panhysterectomie mit nur einem Todesfall gemacht hat.

Baldwin (4) will, um Darmadhäsionen zu vermeiden, den Stiel bei Abdominalexstirpation so einrollen, dass er der hinteren Wand des Lig. latum anliegt.

Blum (6) giebt eine Zusammenstellung von 70 Myomotomien Zweifel's. Im Ganzen starben drei Operirte, doch deutet Verf. zwei so, dass er sie in der Mortalitätsstatistik nicht berücksichtigt. Verf. empfiehlt daher Zweifel's Methode auf das Wärmste.

Walthard (102) empfiehlt auf Grund theoretischer Erwägungen, insbesondere der Keimfreiheit des Cervix, einiger Thierversuche und einer Operation an der Lebenden bei der Myomotomie die isolirte Unterbindung der 4 Arterien, Umschnürung des Cervix mit Seide oder Catgut, supravaginale Amputation, Bedeckung des ganzen Stumpfes mit Serosalappen.

Wilm (109) publicirt 26 Myomotomien Fehling's und 51 v. Kaltenbach's, in denen der Stiel extraperitoneal behandelt wurde; von ersteren Operationen endeten 4, von letzteren 16 Fälle letal.

In dem ersten Fall von Myomotomie von E. van de Warker (103) bekam Patientin vor der Operation Adenolymphangitis und Phlebitis. Patientin genas nach der Operation; in dem zweiten Fall war die Diagnose erschwert durch ein queres Scheidenseptum.

Wallace (101) will nur alle fibrocystischen Myome operativ angreifen, die grosse Mehrzahl der Myome dagegen braucht man nicht zu entfernen, weil die Symptome ruhiges Abwarten oft genug gestatten.

Byford (12) will bei der Myomotomie den Stumpf in das vordere Scheidengewölbe einziehen und von hier aus nach der Vagina drainiren.

Schick (86) theilt ausführlich die Erfahrungen mit, welche in der Prager Klinik mit Chrobak's retroperitonealer Stielversorgung bei Myomotomie gewonnen wurden. Es handelt sich um 66 Operationen mit nur einem Todesfall, ein Resultat der Myomotomie, welches zu den allerbesten bisher erreichten gehört. Die letzten 52 Operationen sind alle hinter einander günstig verlaufen.

Reijenga (83) berichtet über 44 Myomotomien: 14 mal wurde temporär die elastische Ligatur angelegt, nach Abnahme der Stumpf versenkt, von diesen Fällen endete einer tödtlich, 17 mal wurde die elastische Dauerligatur angewendet mit 3 tödtlichen Ausgängen; die übrigen 13 Operationen wurden ohne elastische Ligatur gemacht, sie verliefen ungestört.

Morison (70) publicirt 3 Fälle von Complication der Myomotomie mit Schwangerschaft; in dem ersten handelte es sich um ein grosses subperitoneales Myom; bei dem Versuch, den Stiel zu unterbinden, schnitt die Ligatur durch, dasselbe wurde vom Uterus mit extraperitonealer Stielbehandlung exstirpirt, Pat. genas. Im zweiten Fall wurde auch der Uterus in gleicher Weise exstirpirt, Pat. genas gleichfalls. Im dritten wurde combinirt von der Linea alba aus und von der Scheide aus operirt, die Uterina wurde in Klemmen gelegt. Auch diese Pat. genas. Ueber die Indication zur Operation spricht Verf. nicht viel.

Rosenwasser (85) berichtet über 3 Fälle von Myom, die mit Gravidität complicirt waren; im ersten Fall machte er in der Schwangerschaft die supravaginale

Amputation mit ungünstigem Ausgang für die Frau. Im zweiten Fall machte er mit Erfolg für die Mutter die abdominale Totalexstirpation; im dritten Fall machte er die supravaginale Amputation nach Baer, auch diese Patientin genas.

Ohne Zahlen über seine Erfolge zu geben, empfiehlt auch Penrose (76) bei Carcinoma uteri die combinirte abdominale und vaginale Uterusexstirpation und zwar beginnt er abdominal und endet vaginal.

Das genau microscopisch untersuchte Endotheliom der Portio, welches Braetz (10) beschreibt, stellte sich klinisch als eine kleine papilläre, 2 cm hohe, leicht blutende Geschwulst der hinteren Lippe bei einer Virgo dar. Der histologische Befund stimmt im Wesentlichen mit dem von Amann jr. gegebenen.

Veit (98) beschränkt für Myome die Indication zur Operation immer auf diejenigen Fälle, in denen schwere Erscheinungen durch dieselben hervorgerufen werden. Für die vaginale Operation hält er die Tumoren für geeignet, welche in das Becken eindrückbar sind. Auch glaubt er, dass man nicht immer den Uterus ganz exstirpiren muss, sondern sich oft mit der Entfernung nur des Myoms begnügen kann.

[Müller, Emil, Supravaginale Hysterectomie bei Fibromyomen im Uterus. Hosp. Tid. R. 4. p. 1097. 1121.

Verf. referirt 10 Fälle, wo er supravaginale Hysterectomie bei Fibromyomen gemacht hat. Er rühmt sehr die intraperitoneale Stumpfbehandlung, und nur in einem Falle sah er sich gezwungen, den Stumpf extraperitoneal zu behandeln. Der Fall verlief glücklich. Seine Operationsmethode, die er näher beschreibt, ist am ähnlichsten der von Schröder angegebenen. 2 Pat. starben, die eine an secundärer Herzparalyse (Chloroform), die andere an Sepsis; diese war aber nicht von der Stumpfbehandlung verursacht worden, sondern durch unglückliches Verfahren während der Operation herbeigeführt. In den übrigen Fällen war der Verlauf gut und ohne besondere Complicationen.

F. Nyrop (Kopenhagen).]

b) Carcinome.

1) Acconci, Hundert vaginale Hysterectomien ohne Todesfall. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. III. S. 320. — 2) Berlin, Accidents graves consécutifs à une hystérectomie vaginale, injection intraveineuse de 1400 grammes de sérum artificiel. Guérison. Bull. et mém. de la soc. de chir. p. 798. — 3) Beyea, H. D., Malignant adenoma of the Corpus uteri and its diagnosis Amer. Journ. of obst. Vol. 33. p. 196. (3 microscopisch diagnosticirte Fälle.) — 4) Bossi, Sur la technique de l'hystérectomie. Ann. de gynéc. Tome 46. p. 455. (Combination von Ligatur und Klemme.) — 5) Boudin, P., Epithélioma du col utérin chez une femme de 23 ans. Arch. de tocol. Vol. 23. p. 438. Lyon méd. 8. Dec. 1895. — 6) Beckmann, Zur Complication der Gravidität und Geburt mit Collumkrebs. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 34. S. 51. (2 Beobachtungen derart.) — 7) Byrne, On the relative merits of total or partial Hysterectomy for cancer of the cervix by ordinary Methods and supravaginal excision by galvanocautery. Amer. gyn. and obst. Journ. Vol. 9. p. 32. — 8) Clark, J. G., Ten cases of cancer of the uterus operated upon by a more radical method of performing Hysterectomy. John Hopkins' Hosp. Rep. Febr. March. p. 37. — 9) Chase, Early diagnosis of malignant disease of the uterus. Med. News. 22. Juli. p. 127. — 10) Dührssen, Ueber die Behandlung des Uteruscarcinoms mit Extractum herbarum Chelodinii majoris nebst Bemerkungen über das sogenannte Heilsystem Glünicke. Deutsche med. Wochenschr. S. 787. 3. Decbr. (Das Mittel ist natürlich werthlos; es ist nur zu bedauern, dass Verf. sich ausführlich mit einem Pfuscher und seinem „System" abgiebt.) — 11) Engelmann, G. J., Vaginal Hysterectomy. Boston med. and surg. Journ. Vol. 134. No. 4. p. 79. 23. Jan. — 12) Emanuel, Ueber gleichzeitiges Vorkommen von Carcinom und Sarcom im Uteruskörper. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 34. S. 1. (Ein genau beobachteter und beschriebener Fall.) — 13) Gessner, Adenocarcinoma uteri. Ebendas. Bd. 34. S. 70. — 14) Gebauer, E., Beiträge zur Lehre vom inoperablen Uteruscarcinom. Diss. inaug. Halle a/S. (Interessante Zusammenstellung der Beobachtungen, zum Theil langsamer Verlauf constatirt.) — 15) Griffith, W. S. A., The early diagnosis of cancer of the uterus. Brit. med. Journ. 1. Jan. p. 264. (Nichts Neues.) — 16) Guinard, A., Traitement de l'épithélioma de l'utérus et de vagin par le carbure de calcium. Bulletin génér. de thér. p. 385. — 17) Gutiérrez, Sur l'occlusion intestinale aiguë consécutive à l'hystérectomie vaginale. Ann. de gyn. Tom. 46. p. 450. (Verf. hält die Gefahr für sehr gross, ihre Ursache sucht er nicht in Infection, sondern in mechanischen Verhältnissen.) — 18) Hansemann, Pyometra bei Carcinom. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 34. S. 293. (1 Präparat.) — 19) Helme, A., The technique of the vaginal total exstirpation with notes of ten cases. Brit. med. Journ. p. 1297. 31. X. (Späte Eröffnung des Peritoneum, vollkommener Abschluss desselben. 10 Operationen.) — 20) Jacobs, Ch., The operative technique of vaginal hysterectomy. Am. gyn. and obstr. Journ. Vol. VIII. p. 281. (Nichts Neues.) — 21) Janvrin, J. E., The ultimate results in my own experience of vaginal hysterectomy for cancer originating in the cervix uteri. Boston med. and surg. Journ. Vol. 134. No. 11. p. 267 und The med. News. Vol. 68. No. 9. 25. II. p. 225. — 22) Derselbe, Uterus removed by vaginal hysterectomy on account of carcinoma of the cervix. Am. gyn. and obstr. Journ. Vol. VIII. p. 57. — 23) Derselbe, Carcinoma of the uterine body. Am. gyn. and obstr. Journ. Vol. VIII. p. 58. (Pat. 72 Jahr alt, genesen.) — 24) Jayle, Pathogénie de quelques fistules rectovaginales consécutives à l'hystérectomie vaginale. Ann. de gyn. Tome 45. p. 118. — 25) Jesset, F. B., Advanced uterine Carcinoma treated by Chloride of Zinc. Brit. med. Journ. Part. 45. p. 2. — 26) Derselbe, Haemorrhagic cyst of the ovary with adenocarcinoma of the uterus; panhysterectomy with removal of the cyst and appendages; Recovery. Brit. gyn. Journ. Part. 45. p. 3. (43 Jahre alt.) — 27) Derselbe, The early diagnosis of malignant disease of the body of the uterus and its treatment by operation illustrated by the results of 70 cases and numerous specimens. Brit. med. Journ. Part. 47. p. 327. — 28) Johnson, Complete hysterectomy for Cancer. Am. J. of obstr. J. Vol. 34. p. 380. (1 Fall.) — 29) Derselbe, Seventy case of hysterectomy. Am. J. of obstr. J. Vol. 33. p. 286. (1 †.) — 30) Kleinhaus, Ueber metastatisches und gleichzeitiges Vorkommen von Krebs in der Gebärmutter und in anderen Unterleibsorganen. Zeitschr. f. Heilkunde. XVII. S. 97. — 31) Knauss u. Camerer, Adenoma cervicis malignum cysticum. Zeitschr. f. Geburtsh. Bd. 34. S. 446. (Ein gut beobachteter und beschriebener Fall.) — 32) Lange, M., Ueber die Diagnose u. Therapie des Carcinoma uteri. Halle. — 33) Landau, Bemerkungen zu Herrn Saenger's Vortrag: Zur Doyenschen Methode der Hysterectomia vaginalis. Cbl. Gyn. S. 237. — 34) Lawrie, Macpherson, Total exstirpation of the uterus. Brit. med. Journ. 31. X. p. 1278. (Einfache Casuistik.) — 35) Derselbe, Two cases of total exstirpation of the uterus for cancer. Brit. gyn. Journ. Part. 46. p. 172. — 36) Lewers, Cancerous uterus

with Pyometra. London obstr. Trans. Vol. 38. p. 14. (Cervixcarcinom mit Pyrometra.) — 37) Lewers, Two uteri removed by vaginal hysterectomy for cancer of the cervix the disease being apparently at the same stage in each. London obstr. Tr. Vol. 38. p. 164. (Trotzdem in dem einen Fall bald Recidiv, in dem anderen keine Störung.) — 38) Loehlein, Abtragung des carcinomatös erkrankten Corpus uteri von der Bauchhöhle aus. Deutsche med. Wochenschr. Vereinsbeilage No. 9. S. 60. (Abnorme Fettentwickelung in den Labien etc. war der Grund, hier die abdominale der vaginalen Operation vorzuziehen.) — 39) Mackenrodt, Ueber die Igniexstirpation bei Scheidengebärmutterkrebs. Zeitschrift f. Gynäkol. Bd. 34. S. 130. (10 derartige Operationen mit zwei Todesfällen.) — 40) Marocco, Sopra un caso di cancro iniziale dell' utero. Boll. della Soc. lancis. XV. 1. p. 95. (Microscopisch diagnosticirt.) — 41) Martin, Christophe, On Panhysterectomy or total exstirpation of the uterus. Ed. med. Journ. March. p. 825. — 42) Michaux, Hystérectomie sacrée pour cancer de l'utérus. Guérison persistante après deux ans et huit mois. Bullet. mém. de la soc. de chir. 4. XII. p. 742. (Von 4 sacralen Uterusexstirpationen ist eine recidivfrei geblieben.) — 43) Morton, C. A., A case of supravaginal amputation of the cervix for carcinoma during the fifth mouth of pregnancy with some remarks on the operative treatment of cancer of the uterus complicating pregnancy. Lancet. 8. VIII. p. 366. (Empfehlung der supravaginalen Amputation.) — 44) Nelson. When and how should cancer of the uterus be removed? Am. gyn. and obst. Journ. Vol. VIII. p. 227. (Frühe vaginale Operation.) — 45) Niebergall, Ueber Impfmetastase eines Carcinoma corporis uteri am Scheideneingange. Arch. f. Gynaekol. Bd. 52. S. 491. (Ein derartiger Fall.) — 46) Inglis-Parsons, A case of malignant adenoma of the uterus. Brit. med. Journ. 31. X. p. 1288. — 47) Perkins, Report of three cases of hysterectomy. Med. News. 10. X. p. 399. (Vaginale Uterusexstirpation, 2 Myome, 1 Carcinom.) — 48) Polk, W. M., Hysterectomy for fibroid Carcinoma and in pregnancy after ligation of the anterior Trunk of the internal iliac artery. Am. gyn. and obst. Journ. Vol. 9. p. 1. — 49) Porter, Uterus removed for vaginam. Am. Journ. of obst. Vol. 34. p. 577. (Carcinom.) — 50) Praetorius, Ein Fall von Adenoma malignum des unteren Gebärmutterabschnittes. Dissertat. inaug. Halle. (Beschreibung eines Falles nebst Anführung von 11 weiteren aus der Literatur.) — 51) Purcell, Three uteri removed by vaginal hysterectomy for malignant disease. Brit. gyn. Journ. Part. 45. p. 27. — 52) Reed, Primary Corporeal carcinoma uteri. Hysterectomy, recovery. Am. Journ. of obst. Vol. 34. p. 706. (57 Jahre alte Frau, Diagnose gestellt durch Probecurettement.) — 53) Ricketts, How to do a vaginal Hysterectomy with Ricketts Hysterectomy needles. Ibidem. Vol. 33. p. 748. — 54) Rosner, A., Nouvelle méthods d'exstirpation vaginale de' l'utérus au moyen du thermocautère de Paquelin. Arch. de Tocol. et de gyn. Vol. 23. p. 220. — 55) Ross, J. F. W., Hysterectomy. Annal. of Gyn. and Paed. Vol. 9. p. 447. (6 geheilte Operationen.) — 56) Routh, Amand, Fibroid Tumor and Cancer of the Uterus. London obst. Trans. Vol. 38. p. 99. (Carcinoma corporis uteri bei Myom.) — 57) Derselbe, Independent Cancer of the Body and of the cervix uteri. London obst. Trans. Vol. 38. p. 100. (Carc. der hinteren Lippe, dabei Corpuscarcinom.) — 58) Russell, W. W., The operative significance of metastases and postoperative recurrences in carcinoma of the uterus. Am. Journ. of obst. Vol. 34. p. 851. — 59) Schuchardt, Weitere Erfahrungen über die paravaginale Operation. Arch. f. klin. Chir. Bd. 53. H. 3. — 60) Schramm, 33 vaginale Uterusexstirpationen nach Péan-Richelot. Arch. f. Gyn. Bd. 52. S. 355. (Warme Empfehlung der Klemmen.) — 61) Scharlieb, Notes of three cases of total Hysterectomy. Brit. gynaecol. Journal. Part. 45. p. 100. — 62) Schultz, Heinrich, Ueber die palliative Behandlung des Gebärmutterkrebses mit Alcoholinjection. Wien. med. Presse. No. 2. (Versuche an im ganzen 30 Patientinnen mit vorübergehendem, palliativem Erfolg.) — 63) Senn, The early history of vaginal hysterectomy. J. am. med. ass. 21. IX. 1895. — 64) Shoemaker, Vaginal Hysterectomy. Am. j. of obst. Vol. 33. p. 569. — 65) Smith, A., Uterus removed by vaginal hysterectomy for malignant adenoma of the cervical gland. Brit. gyn. j. part 47. Nov. p. 302. (Gut microscopisch festgestellt.) — 66) Derselbe, Vaginal hysterectomy for malignant disease. Ibid. p. 325. (Microscopisch diagnosticirtes Corpuscarcinom. Heilung.) — 67) Steffeck, Carcinomatöser Uterus mit Endometritis. Z. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. S. 489. — 68) Stoeckel, W., 30 Fälle von vaginaler Totalexstirpation des Uterus aus der Königl. Universitäts-Frauenklinik zu Königsberg i. Pr. Diss. in Königsberg i. Pr. (Alle genasen.) — 69) Stone, Report of a case of malignant uterine tumor treated by the toxine of erysipelas and bacillus prodigiosus. Med. Rec. 21. XI. p. 746. (Natürlich war es kein Carcinom, es heilte daher!) — 70) Thornton, J. K., The early diagnosis of malignant disease of the uterus and the treatment by partial or total excision. Brit. med. journ. 1. II. p. 261. (Partielle Operation bei Cervixaffection empfohlen.) — 71) Wahn, O., Ueber die operative Therapie bei Carcinom des graviden Uterus im Anschluss an zwei Fälle aus der Halle'schen Klinik. Diss. inaug. — 72) Wathen, W. N., Vaginal hysterectomy. Am. j. of obst. Vol. 34. p. 329. (Nichts Neues.) — 73) Williams, W. R., The clinical features of uterine cancer. Lancet. 17. X. p. 1074. (Verf. berichtet über 3 lange occult gebliebene Fälle von Cervix- resp. Corpuscarcinom.) — 74) Williams, Roger, On the morphology of uterine cancer. Brit. gyn. journ. Part. 44. p. 526. — 75) Zweifel, Ueber die Klammerbehandlung bei der Totalexstirpatio uteri per vaginam. C. f. Gyn. S. 970. (Verf. hält diese Methode für leistungsfähiger als die Anwendung von Ligaturen.)

Russell (58) trennt das Uteruscarcinom in den Drüsenkrebs des Corpus, den des Cervix und das Epitheliom des Cervix.

Krebs der Vaginalportion hat Neigung, auf die Scheide überzugehen, in grosser Ausdehnung soll man hier die Scheide mit entfernen; Metastasen kommen bei radicaler Entfernung sehr selten vor. Cervixadenocarcinome hält er für sehr bedenklich, Parametrium und Blase sind die kritischen Punkte. Adenocarcinome geben meist eine gute Prognose; doch soll man bei letzteren stets Tuben und Ovarien mit exstirpiren. Die Beckendrüsen sollen möglichst stets mit entfernt werden. Einimpfung des Carcinoms bei der Operation wird anerkannt.

Bei Schwierigkeiten in der Carcinomdiagnostik entscheidet nach Chase (9) das Microscop und bei Meinungsdifferenzen glaubt er demjenigen, welcher die Malignität für erwiesen annimmt.

Boudin's (5) Fall von Carcinom bei einer 23 Jahre alten Person scheint sicher zu sein, das Präparat wurde von Paviot als solches anerkannt.

Janvrin (21) hat bei 16 Uterusexstirpationen 4 Frauen längere Zeit ohne Recidiv beobachtet, so dass er sie als dauernd recidivfrei ansieht; von den übrigen sind 4 noch zu frisch operirt, um ein Urtheil abzu-

geben, 3 starben an der Operation, 3 sind verschollen und 2 haben sicher Recidive bekommen.

Jessett (27) giebt eine Uebersicht über 70 Fälle, in denen er wegen maligner Erkrankung des Uteruskörpers die vaginale Totalexstirpation machte. Wenn der deutschen Wissenschaft auch wenig Neues darin gesagt wird, so muss doch als erfreulich hervorgehoben werden, dass nunmehr auch in England die vaginale Uterusexstirpation sich Anhänger erworben, nachdem noch, wie auch Godson in der Discussion bemerkte, vor wenigen Jahren W. Duncan die Operation als verwerflich bezeichnete wegen ihrer hohen Mortalität. In Bezug hierauf hat J. bewiesen, dass die primären Resultate seiner 70 Operationen nicht schlecht sind (er verlor 6 Kranke) und dass die secundären Erfolge gleichfalls befriedigende sind. Unter 40 Kranken, die vor länger als einem halben Jahre operirt sind, hat er 10 recidivfreie Patientinnen. In Bezug auf die Diagnose weicht er nicht weit von uns ab; er will nur das ausgekratzte Material nicht selbst untersuchen, sondern von einem gewiegten pathologischen Anatomen untersuchen lassen.

Bei einer 74 Jahre alten Frau ätzte Jesset (25) bei vorgeschrittenem Corpuscarcinom nach Auskratzung mit Chlorzinkpaste. Nach Ausstossung des Schorfes Mastdarmfistel, die sich spontan schloss; Pat. 4 Monate später in vollem Wohlbefinden.

Lange (32) bespricht Diagnose und Therapie des Uteruscarcinoms; er besteht auf möglichst frühzeitiger Diagnose, ev. unter Zuhülfenahme des Microscops; auffallender Weise hält er aber bei Uteruskörperkrebs die Austastung der Höhle nach Erweiterung für wesentlich gefährlicher, als die Auskratzung; mit Recht dagegen verwirft er die ambulante Ausführung der letzteren. Bei allen Carcinomen will Vf. die vaginale Totalexstirpation gemacht sehen.

Johnson (28) publicirt zwei Fälle, in denen der Uterus mit dem Thermocauter exstirpirt wurde, allerdings unter Zuhülfenahme von liegenbleibender Klammer.

Byrne (7) empfiehlt aufs Neue seine Methode der Galvanocaustik als das einzig sichere Mittel, bei Carcinom die Patientinnen von Recidiven verschont bleiben zu sehen.

Die tiefe Spaltung der Scheide, welche Schuchardt (59) vor einigen Jahren bei Uteruscarcinomen empfohlen, hat er weiter ausgebildet und auf diesem Wege nicht nur Nebenverletzungen bei der Operation vermieden, sondern auch sich so sicher in der Technik ausgebildet, dass er nunmehr selbst scheinbar ganz verzweifelte Fälle so anzugreifen räth. Er veröffentlicht 26 Fälle, in denen er des Parametrium mit Hülfe seiner Methode breit eröffnete und mit den erreichten Resultaten zufrieden sein konnte.

Clark (8) publicirt 10 Fälle von Uterusexstirpation bei weit vorgeschrittenem Carcinom. Zuerst werden Catheter in beide Ureteren eingeführt, demnächst wird in Beckenhochlagerung die Bauchhöhle eröffnet, dann der obere Theil des Ligam. latum mit der Spermatica, dann das Lig. rotundum und demnächst im Lig. latum aussen vom Ureter, $2^1/_2$ cm vom Uterus entfernt die Uterina unterbunden, Exstirpation des Uterus und erkrankter Theile des Ligam. latum von oben her, Vernähung der Scheide mit dem Peritoneum. Hierauf soll bei Vergrösserung der Drüsen an der Theilungsstelle der Iliacae das Peritoneum an der hinteren Wand des Beckens gespalten, die Drüsen freigelegt und dann exstirpirt werden. Dies Verfahren, welches Kelly früher zweimal befolgte und ähnlich von Rumpf mit Erfolg angewandt wurde, hat, wie Clark berichtet, Kelly neuerdings noch 8 mal benutzt; von den 8 Operirten starb nur eine.

Polk (48) will, um bei Uteruscarcinom die Drüsen gefahrlos exstirpiren zu können und um bei Myom nicht durch Verletzungen vaginaler Arterien zu starke Blutungen zu bekommen, vorher den vorderen Ast der Arteria iliaca interna unterbinden; er will hiervon keinen Nachtheil gesehen haben.

Kleinhans (30) publicirt einen Fall von Carcinom des Ovarium mit nachfolgender gleichartiger Erkrankung einer Stelle der Bauchnarbe, der linken retroperitonealen und der Leisten-Drüsen, sowie des Uteruskörper und einen zweiten Fall von Uterusmyom mit Carcinom der Uterusschleimhaut, der Tube, des Parametrium und der Lymphdrüsen; in letzterem Fall sieht er die Schleimhauterkrankung des Uterus für die primäre Affection an.

Wahn (71) beschreibt einen Fall von Uteruscarcinom bei der Geburt; da die Parametrien schon infiltrirt waren, wurde die Porro'sche Operation gemacht; ein zweiter Fall kam im 7. Monat der Schwangerschaft zur Behandlung, hier wurde die Porro'sche Operation gemacht und demnächst vaginal der Stumpf exstirpirt. Beide Mütter genasen von der Operation.

Guinard (16) will ein Stück „Carbure de Calcium" bei unoperirbarem Carcinom wiederholt auf die geschwürige Fläche legen und durch einen Tampon dort befestigen; die gangränöse Losstossung der Neubildung soll eine wesentliche locale Besserung erzielen, wie Guinard meint infolge der Einwirkung von Acetylen, das sich bei Berührung des Calciumcarbures mit Flüssigkeit bildet.

Chr. Martin (41) publicirt 8 Fälle von abdomineller Totalexstirpation des Uterus, die sämmtlich genasen; sechs mal handelte es sich um Myome, einmal um Ruptur eines schwangeren Uterus, einmal um Cervixverschluss mit Haematometra und Pyosalpinx.

1) Ziembicki, G., Ueber die französische Methode der vaginalen Uterusexstirpation mit dauernder Anwendung der Klemmzangen. Przeglad lekarski. No. 3—14. — 2) Borysowicz, T., Ueber den Werth der theilweisen Amputationen bei Carcinom der Gebärmutter. Medycyna. No. 18 u. 19.

Ziembicki (1) ist ein eifriger Anhänger der vaginalen Uterusexstirpation nach Doyen sowohl bei Carcinom, als auch bei Fibrom, in letzterem Falle natürlich verbunden mit Morcellement der Geschwulst. In der Arbeit wird das ganze Verfahren eingehend beschrieben, worauf Verfasser über seine eigenen wirklich glänzenden Resultate berichtet. Von 16 Uterusexstir-

pationen wegen Krebs endete kein einziger letal infolge der Operation und ebenso genasen auch alle 8 z. Th. sehr schweren und complicirten Fälle von auf diese Art operirten Uterusmyomen.

Borysowicz (2) ist ein entschiedener Gegner aller partiellen Amputationen bei Carcinom der Vaginalportion und des Cervix und plaidirt in allen solchen Fällen nur für die Totalexstirpation. Die Richtigkeit seiner Ansicht wird durch folgenden von ihm beobachteten Fall zur Genüge illustirt.

Eine 56jährige mit Diabetes und Lungenemphysem behaftete Frau suchte beim Verfasser Hilfe wegen eines bloss anscheinend auf die vordere Gebärmutterlippe beschränkten Epithelioms. Verf. exstirpirte vorerst die Neubildung anscheinend im Gesunden, verordnete dann der Patientin eine antidiabetische Cur, worauf er dann nach 4 Wochen den ganzen Uterus exstirpirte. Die Untersuchung des Letzteren ergab an der vorderen Wand des Corpus zwei linsengrosse, graugelbe, harte, von normaler Schleimhaut bedeckte, im Parenchym eingebettete Knötchen. Die microscopische Untersuchung der exstirpirten Gebärmutter ergab ein Fortschreiten des Epithelioms ausschliesslich in den inneren Schichten des Parenchyms, während die äusseren, sowie die Mucosa intact blieben. Das neoplasmatische Infiltrat wurde nicht nur in der vorderen, sondern auch in der rückwärtigen Uteruswand zwischen den z. Th. atrophischen Muskelbündeln constatirt. Die erwähnten Knötchen erwiesen sich ebenfalls als Carcinom. Die anscheinend in diesem Falle indicirte blosse Abtragung der erkrankten Partie der Portio vaginalis wäre nach dem Ergebniss der Untersuchung des exstirpirten Uterus ganz nutzlos gewesen.

Trzebicky (Krakau).

Switalski, L., Bemerkungen über das Carcinom des Cervix auf Grund klinischer Beobachtung. Przeglad lekarski. No. 48 u. 49.

Den Ausführungen Switalki's liegen 363 in den letzten 13 Jahren in der Krakauer Klinik beobachtete Fälle von Carcinom des Cervix vor. Auffallend ist darunter die geringe Zahl von Jüdinnen, was Verf. der besseren Hygiene des Wochenbettes, der frühzeitigen Behandlung etwaiger Entzündungen des Uterus und z. Th. auch dem durch religiöse Vorschriften geregelten geschlechtlichen Verkehre bei den Israeliten zuschreibt. Die Patt. kamen zumeist spät in die Klinik. Von den 363 Fällen eigneten sich blos 71 zur Radicaloperation und nur 35 entschlossen sich zu derselben. 5mal wurde die Amputation des Cervix ausgeführt und 30mal der ganze Uterus exstirpirt u. zw. 28mal per vaginam. Von den 28 vaginalen Exstirpationen starben 2 (7,2 pCt.) an Peritonitis. Die übrigen überstanden die Operation. Dauernd geheilt (Beobachtungsdauer mindestens 14 Monate) sind 40 pCt.

In Bezug auf die Operationsmethode plaidirt Verf. sehr warm für die Operation mit dem Thermocauter.

Switalski (Krakau.)

1) Naumann, G., Chirurgische Casuistik vom Lazarethe in Helsingborg. 5. Cancer uteri et vaginae. Exstirpatio uteri sacralis. Hygiea. LVIII. 2. p. 149 bis 153. — 2) Schiller, Karl, Chirurgische Casuistik vom Sahlgren'schen Krankenhause zu Gothenburg. Fall 5. Cancer uteri. Exstirpatio uteri per viam sacralem. Heilung. Göteborgs läkaresällskäps förhandlingar. 1895. p. 10—11.

Naumann (1) bespricht folgenden Fall: 37jährige Ehefrau. Seit einem Jahre mit Blut vermischter, mehr und mehr stinkender Vaginalfluss. Cachectisch; bedeutende, leicht blutende Geschwulstvegetation an der Vaginalportion. Geringe Infiltration im rechten Parametrium. Gründliche zweimalige Herauslöffelung mit nachfolgender intensiver Cauterisation mittelst Paquelin. Die Totalexstirpation per vaginam war contraindicirt, weil die Gebärmutter wegen ihrer strangförmigen Fixirung nach hinten und rechts nicht in die Vulva heruntergezogen werden konnte. 14 Tage nach der ersten Herauslöffelung wurde die Gebärmutter durch eine Combination der Hochenegg'schen und Herzfeld'schen Methode exstirpirt. Zuerst Verbesserung, sodann bedeutende Verschlechterung.

Schiller (2) beschreibt nachstehenden Fall: 55jährige Wittwe. Seit 4 Monaten reichlicher Vaginalfluss, zuerst gelbweiss, aber während der letzten sechs Wochen oft bräunlich und gleichwie griesgemischt, aber nie rein blutig, noch nennenswerth übelriechend; nach Anstrengungen wurde er zeitweise vermehrt. Abmagerung, Mattigkeit und Schwäche in den letzten 2 Monaten. Zottigkeit der hinteren Lippe des Os uteri ext., welche von einer blutenden Geschwulstmasse, die sich in den Cervixcanal fortsetzte, eingenommen wurde. Die hintere Vaginalwand war nur sehr wenig angegriffen. Die Gebärmutter liess sich nicht an's Licht ziehen wegen Spannung der Ligg. sacro-uterina. Exstirpation des Os coccygis und Resection der rechten Ecke des Os sacrum in gleicher Höhe mit dem Foramen sacrale IV. Nach der Abtrennung der Ligg. lata durch Knoten konnte jedoch die Gebärmutter leicht hervorgezogen und die Art. uterina gefasst werden, die Exstirpation der Gebärmutter geschah in dem oberen Theile der Vagina. Die Ligaturen an den Ligg. lata wurden extraperitoneal gelagert und fixirt. Vollständige Genesung nach beinahe einem Jahre.

A. Fr. Eklund (Stockholm).]

c) Anderweite Neubildungen.

1) Baldy, Small round-cell sarcoma of uterine cavity. Amer. journ. of obst. Vol. 33. p. 249. — 2) Cazin, Des déciduomes malins. La Gynécologie. I. Année. p. 15 u. 117. — 3) Edebohls, Sarcoma of the vagina and left broad ligament removed by continued coeliotomy and perineotomy. Freedom from recurrence over 3 years after. Amer. gyn. and obst. journ. Vol. 8. p. 788. — 4) Eden, W., Deciduoma malignum. A criticism. London obst. tr. Vol. 38. p. 149. — 5) Flesch, M., Ein Fall von Uterussarcom. Berl. klin. Wochenschr. 21. Dec. S. 1131. (Der Fall ist bemerkenswerth, weil sich die Diagnose auf Schleimhautsarcom histologisch nach Auskratzung nicht stellen liess, weil nach der Auskratzung rapide die maligne Erkrankung fortwuchs und daher die Operation sehr erschwerte. Dies ist technisch bemerkenswerth, weil es gelang, einen bis zum Nabel reichenden Tumor vaginal zu exstirpiren, führte aber zum letalen Ausgang.) — 6) v. Franqué, Ueber eine bösartige Geschwulst des Chorion nebst Bemerkungen zur Anatomie der Blasenmole. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 31. S. 199. (Ein derartiger Fall.) — 7) Freund, H. W., Ueber bösartige Tumoren der Chorionzotten. Ebenda. Bd. 34. S. 161. (cf. Jahresber. pro 1891. II. S. 639.) — 8) Galabin, Sarcoma of cervix uteri. London obst. Tr. Vol. 38. p. 120. (Aeusserlich wie ein Carcinom aussehend, histologisch in der Musculatur entstanden.) — 9) Derselbe, Microscopic sections of tissue removed from the uterus. Ibid. Vol. 38. p. 121. (Trotz Anwesenheit von Chorionzotten nicht Deciduoma malignum.) — 10) Jones, J. M., A clinical and pathological summary of deciduoma malignum. Brit. gyn. journ. Part 47. p. 350. (Kein eigener Fall, eine Uebersicht über die bisherigen Erfahrungen Anderer.) — 11) Lönnberg und Mannheimer, Zur Casuistik der bösartigen Geschwülste. Centralbl. f. Gyn. S. 474. (2 derartige Fälle.) — 12) Macphail, Sarcoma of the uterus. Amer. journ. of obst. Vol. 34. p. 56. (1 Fall.) — 13) Malcolm, Notes of a case of malignant disease of the ute-

rus with numerous deposits in the lungs and death following abortion. London obst. tr. Vol. 38. p. 125. — 14) Morison, A case of deciduoma malignum occurring in England. Ibid. Vol. 38. p. 130. — 15) Napier, L., Vaginal hysterectomy for menospastic endometritis and sarcoma. Brit. gyn. journ. Part. 44. p. 471. (Es handelte sich um ein Sarcom.) — 16) Remfry, Microscopical sections of uterus showing chorionic villi and doubtful sarcoma. London obst. tr. Vol. 38. p. 223. — 17) Spencer, A case of deciduoma malignum. Ibid. Vol. 38. p. 135.

Cazin (2) bringt einen neuen Fall von „Deciduoma malignum" aus Segond's Klinik; derselbe schliesst sich in allem Wesentlichen den bisherigen an.

Eden (4) giebt eine Kritik über das Deciduoma malignum, und zwar der nach seiner Meinung wichtigsten Fälle, der von Sänger, Gottschalk, Marchand und Williams mitgetheilten; Sänger's Fall enthält nach Eden Zellen, welche man unter verschiedenen Verhältnissen im Uterus finden kann und es beweist nichts, dass diese von der Decidua entstanden seien. Gottschalk's Ansicht einer sarcomatösen Degeneration des Stromas der Zotten, die dieser wohl selbst nicht mehr aufrecht erhält, weist Eden damit zurück, dass er die vorherige Schwangerschaft als zweifelhaft hinstellt und angiebt, dass Gottschalk's sarcomatöse Zotten dem Bilde von Zotten überhaupt nur sehr wenig gleichen. Williams' Fall gleicht einem Sarcom, Eden hält es für unmöglich, anzugeben wo die primäre Erkrankung sass. Plasmodien, wie sie Williams und Marchand als syncytiale Masse schildern, findet man nach Eden auch in Sarcomen an anderen Körpertheilen. In Marchand's erstem Falle bezweifelt Eden die Schwangerschaft. Meyer's Fall scheint ihm den Nachweis zu bringen, dass die maligne Erkrankung von myxomatösen Zotten entstanden sei.

Weiter betont Eden nach weiteren Untersuchungen von Hodentumoren, dass er in ihnen gleiche Zellen gefunden habe, wie sie im Deciduom als characteristisch bezeichnet werden. Er will die grösste Mehrzahl aller Fälle von Deciduoma einfach als Sarcom annehmen.

Die übrigen Mittheilungen aus England über Deciduoma malignum sind nicht so wichtig; rein casuistisch ist der Fall von Malcolm (13) mit Sectionsbericht mitgetheilt. Morison (14) berichtet über einen weiteren Fall, den Doran als ursprüngliches Myom mit secundärer Invasion von decidualen Zellen bezeichnet. Auch Spencer beschreibt eine ältere Beobachtung, er fügt epikritisch hinzu, dass vor der letzten Schwangerschaft wohl eine Veränderung des Endometrium bestanden hatte. Besonders aber betont er die Möglichkeit, aus der characteristischen Beschaffenheit des entfernten Uterusinhaltes die Diagnose rechtzeitig zu stellen.

E. Vagina. Vulva. Harnorgane.

1. Vagina.

1) Beuttner, Ulcus rotundum simplex vaginae. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. III. S. 121. (Beschreibung zweier Fälle und Aufführung der übrigen Fälle aus der Literatur.) — 2) Boursier, Sur un cas d'entérocèle vaginale postérieure. Ann. de gyn. T. 45. p. 277. (Die Enterocele war hier wahrscheinlich die Folge einer früheren missglückten Colporrhaphie.) — 3) Dudley, Report on a case of double vagina. Amer. gyn. and obst. Journ. Vol. IX. p. 642. (Geburt hierbei beobachtet.) — 4) Dumitrescu, M., Traitement des absences congénitales du vagin. Ann. de gyn. Tome 46. p. 85 et 422. (Sammlung von 23 Fällen von Bildung einer Scheide zur Cohabitation bei Defecten derselben.) — 5) Dupraz, Reproduction expérimentale de l'emphysème sousmuqueux vaginal. Ibid. p. 460. — 6) Friedl, E., Zur Exstirpation des Vaginalcarcinoms nach Olshausen und Dührssen. Wiener klin. Wochenschr. No. 3. — 7) Gornig, W., Ueber Tumoren der Vagina mit besonderer Berücksichtigung eines in der Greifswalder gynäkologischen Klinik beobachteten Falles. Greifswald. 1895. (Wohl Myosarcom.) — 8) Heitzmann, Beiträge zur Kenntniss des primären Carcinoms der Vulva und Vagina. Allg. Wien. med. Zeitung. No. 8. 25. II. (Ein Fall von primärer Affection der Vulva und zwei von solcher der Scheide.) — 9) Herff, O. v., La vaginite mycotique aiguë. Arch. de tocol. et de gyn. Vol. 23. p. 395. (Die Einzelheiten deutsche Arbeit.) — 10) Hollaender, Sarcoma vaginae et uteri bei einem Kinde. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 34. S. 125. (Operation, Heilung.) — 11) Horn, F., Zur Kenntniss primärer Scheidensarcome bei Erwachsenen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. IV. S. 409. — 12) Krause, P., Ein seltener Fall von Fremdkörper in der Scheide eines jungen Mädchen. Berl. klin. Wochenschr. 14. 9. S. 839. (Haarnadel bei einem 6 Jahre alten Mädchen.) — 13) Leitner, Traumatische Vaginalruptur. Diss. Greifswald. — 14) Neugebauer, Fr. L., 36 eigene Beobachtungen von Vaginalcysten. Ein casuistischer Beitrag im Anschluss an den Aufsatz des Herrn Dr. Zweigbaum. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. IV. S. 233. (Nichts Neues.) — 15) Pichevin et Petit, Leucoplasie vaginale. Ann. de Gyn. Tome 46. p. 458. — 16) Piéry, M., De l'emploi de l'acide carbonique à l'état naissant dans le traitement de la blennorrhagie de la femme. Gaz. hebdomad. No. 56. p. 667 et Arch. de tocol. No. 23. p. 561. — 17) Playfair, Slough forming a complete cast of the vagina from a case of enteric fever. London obst. Tr. Vol. 38. p. 33. (Folge der Vaginitis bei Typhus.) — 18) Price, Jos., Rectovaginal anastomosis. Med. and surg. Rep. 16. Mai. p. 617. (In einem hochsitzenden Carcinom des Rectums und des Uterus wurde der Uterus und das Rectum exstirpirt und ein Anus praeternaturalis vaginalis angelegt.) — 19) Rubeska, Ein Fall von Sarcom der Scheide bei einer Erwachsenen. Centralbl. f. Gyn. 113. (35 Jahre alte Frau, Prolaps des Tumors.) — 20) Vineberg, Cyst of the anterior vaginal Wall. Amer. gyn. and obst. Journ. Vol. 8. p. 798. — 21) Winternitz, Ueber Fremdkörper in der Scheide und über Scheidenpessarien. Tübingen. — 22) Zweigbaum, Ueber Cysten der Scheide. Monatsschr. für Geburtsh. und Gyn. Bd. III. S. 21. (3 derartige Fälle.)

Dupraz (5) führt die Colpitis emphysematosa auf einen Wassersaprophyten zurück und hat experimentell an der Hündin die Erkrankung wiederholt hervorgerufen. Die in den Bläschen enthaltene Luft bestand aus Kohlensäure, Schwefelwasserstoff und Ammoniak.

Pichevin et Petit (15) wollen die Leucoplasia vaginalis von der Kraurosis vulvae und der Vulvovaginitis getrennt wissen und als besonderes Krankheitsbild auffassen; sie berichten über 2 Fälle mit mancherlei bemerkenswerthen Einzelheiten.

Piéry (16) will zur Heilung gonorrhoischer Vaginitis Kohlensäure in statu nascenti von der Vagina aus

anwenden. Er führt dazu 7 Theile doppelkohlensaures Natron und 6 Theile Acidum tartaricum ein.

Winternitz (21) bespricht im Anschluss an vier Fälle aus der Tübinger Klinik — einmal fand sich eine Nährolle, 3mal Zwanck-Schilling'sche Hysterophore, die die Blase resp. den Mastdarm perforirt hatte — die Pathologie der vaginalen Fremdkörper; als Pessarien empfiehlt er dringend die Schultze'schen Celluloidringe.

Leitner (13) beschreibt einen Fall, in dem 3mal eine Heugabel 12—15 cm tief in die Scheide während des Herabgleitens von einem Heuwagen eindrang. Der Scheidenriss war 5 cm lang, von der hinteren Muttermundslippe beginnend und rechts in die Höhe gehend. Unter Jodoformgazeverband erfolgte Heilung. Verf. schliesst 44 Fälle aus der Literatur an.

Horn (11) publicirt 2 Fälle von Scheidensarcom bei Erwachsenen; in dem ersten Fall war vor 7 Jahren schon ein Fibrosarcom exstirpirt, das also erst nach so langer Zeit recidivirte; in dem zweiten Fall handelte es sich um ein Melanosarcom an der Uebergangsstelle von Scheide und Vulva — also wohl richtiger zur Vulva zu rechnen; hier trat schon nach einem Jahr ein Recidiv auf, dem die Patientin langsam erlag.

Friedl (6) berichtet über zwei typische Scheidencarcinome; die Operation wurde mit Olshausen's Perinealschnitt begonnen, doch musste während der Operation durch tiefe Incisionen Platz geschaffen werden.

[Neugebauer, L., 40 eigene Observationen von Vaginalcysten. Medycyna. No. 49 und 50.

Verf. tritt auf Grund eigener Beobachtungen der allgemein geläufigen Ansicht über die Seltenheit von Vaginalcysten entgegen. Unter 20000 Patientinnen constatirte er 40mal dieses Leiden (1 : 500). Erwägt man noch hierzu, dass derartige Cysten oft gar keine Beschwerden bereiten und daher auch keine Veranlassung zur Consultation geben, so dürfte der Schluss nicht ungerechtfertigt sein, dass dieselben noch viel häufiger sind. **Trzebicky** (Krakau).]

2. Vulva.

1) Chaleix, M., Trois cas d'hémorrhagie grave par défloration. Gaz. hebdom. No. 45. 4. VI. p. 529. (Drei derartige Fälle, Heilung durch Tamponade.) — 2) Coromilas, Two cases of congenital atresia of the hymen. Ann. of Gyn. and Paed. Vol. 9. p. 214. — 3) Cumston, Ch. G., On primary malignant tumors of the clitoris. Ibidem. Vol. 9. p. 268. (1 Fall derart.) — 4) Czempin, Carcinom der Vulva. Zeitschr. für Geb. u. Gyn. Bd. 34. S. 340. (Ein nicht mehr operabler Fall.) — 5) Derselbe, Kraurosis vulvae. Ebendaselbst. Bd. 35. S. 460. (2 Fälle, darunter einer mit Carcinom.) — 6) Gördes, Ein Fall von Kraurosis vulvae. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. III. S. 305. — 7) Heiss, A., Ueber Vulvitis pruriginosa. Diss. in. Stavnberg 1895. (Complication mit Carcinoma vulvae.) — 8) Koch, Ulcus vulvae chronicum. Zeitschrift für Geb. u. Gyn. Bd. 34. S. 327 und Arch. f. Dermat. und Syphilis. Bd. 34. — 9) Palm, Eine Hymenalcyste und ein Atherom des Labium minus bei einer Erwachsenen; zugleich ein Beitrag zur Kenntniss der Hymencysten. Arch. f. Gyn. Bd. 51. S. 483. (Retentionscysten aus Talgdrüsenanlage, Exstirpation empfohlen.) — 10) Peter, Ueber Kraurosis vulvae. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. III. S. 297. — 12) Penrose, Edematous fibroid of the labium. Am. Journ. of obst. Vol. 34. p. 72. (Mit Abbildung eines Falles.) — 12) Piering, O., Fibrom der Vulva. Prag. med. Wochschr. No. 22. S. 239. (Tumor entsprach nach Sitz und Gewicht der Bartholinischen Drüse. Enucleation. Heilung.) — 13 Ruge, P., Zur Behandlung des Pruritus vulvae. Berl. klin. Wochenschrift. 4. V. p. 391. — 14) Derselbe, Pruritus vulvae. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 34. S. 355. — 15) Tate, Pudendal Hematocele. Am. Journ. of obst. Vol. 34. p. 709. (Die Arbeit bezieht sich im Wesentlichen auf den Thrombus vulvae in der Gravidität, ausserhalb der Schwangerschaft sah er einen Fall; derartige Fälle sind stets auf ein Trauma zurückzuführen.)

P. Ruge (13) empfiehlt die zur Heilung des Pruritus vulvae nothwendige Reinlichkeit dadurch zu erreichen, dass man selbst mit Wasser und Seife, Sublimat die Scheide und Vulva so desinficirt wie vor einer Scheidenoperation. Ein gleiches Verfahren empfiehlt er bei frischer gonorrhoischer Infection.

Peter (10) hebt hervor, dass zu der Symptomatologie der von Breisky zuerst geschilderten Kraurosis vulvae A. Martin das Brennen und Fressen besonders bei der Harnentleerung hinzufügte; ferner sah letzterer die Affection stets ausserhalb der Schwangerschaft; alle Patientinnen hatten catarrhalische Affectionen durchgemacht, und ferner gelang es A. Martin, 6 Patientinnen durch Excision der kranken Hautpartien zur Genesung zu bringen. Da die bisher histologisch untersuchten Fälle sich in einem vorgeschrittenen Stadium befanden, so ist ein neuer Fall von Peter von Interesse, in dem die Erkrankung ihren Höhepunkt noch nicht erreicht hatte. Es fand sich eine chronisch entzündliche Hyperplasie des Bindegewebes mit Neigung zu narbiger Schrumpfung, entzündlichem Oedem der oberen Corniumschichten und der Epidermis, sowie Degeneration des elastischen Gewebes. Verf. fügt deshalb die Kraurosis ein in die diffuse Bindegewebshypertrophie der Haut.

Auch Gördes (6) beschreibt einen Fall von Kraurosis vulvae, der Fall entsprach ganz der älteren Schilderung des Endstadiums des Processes, und zeigt vollkommenen Schwund der elastischen Fasern.

F. Koch (8) bespricht die ulcerösen Zerstörungen der Vulva, die unter den verschiedensten Namen beschrieben sind. Er will den Namen Ulcus vulvae chronicum dafür einführen. Oft ist die Exstirpation der Leistendrüsen ätiologisch von Bedeutung. Er characterisirt die Stellung dieser Veränderungen zu Syphilis, Lupus, Elephantiasis etc.

[Mars, A., Beitrag zur Aetiologie des Pruritus vulvae und ein Fall von mittelst einer neuen Operationsmethode geheiltem Pruritus vulvae. Przeglad lekarski. No. 22. 23. 31.

Verf. bemerkte, dass in drei von ihm beobachteten Fällen von Pruritus vulvae unregelmässige Behaarung der Schamtheile die eigentliche Ursache desselben war: der üppige Haarwuchs erstreckte sich nämlich auch auf die Innenfläche der grossen Schamlippen und in Folge dessen ragten die Haare bis zur Clitoris und zum Vestibulum und reizten diese Gegend. Für die Richtigkeit

dieser Anschauung spricht die Wirkung der angewendeten Behandlung; nachdem die Haare wegrasirt wurden, schwand der Pruritus, als aber die Haare wieder zum Vorschein kamen, recidivirte das Leiden. Um nun derartigen Recidiven vorzubeugen, schnitt Verf. aus beiden grossen Schamlippen halbmondförmige, 10 cm lange, $2^1/_2$ cm breite Lappen heraus, worauf die Wundfläche mittelst laufender Etagennaht vernäht wurde. Nach Heilung der Wunde entstand ein Ectropion der Labia majora, und in Folge dessen reizten die Haare die Schamtheile nicht mehr. In zwei auf diese Weise behandelten Fällen wurde vollständige Heilung erzielt.

Kosminski (Krakau).]

3. Harnorgane.

1) Alberti, Cystostomia suprapubica nach Witzel. Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk. Bd. 34. S. 285. — 2) Baldy, Surgical injuries to the ureter. Am. gyn. and obst. J. Vol. 9. p. 462. (Warme Empfehlung der Ureterocystostomie bei Ureterenverletzungen.) — 3) Derselbe, A case of surgical injury to the ureter. Ibid. Vol. 33. p. 362. (Nähte den von ihm bei Laparotomie zerschnittenen Ureter in die Blase ein. Heilung.) — 4) Benoit, Fibromyome de l'urèthre chez la femme. La Gynécologie. 1. Année. p. 141. (2 Fälle.) — 5) Boden, Ein Fall von Spontanheilung einer Blasenscheidenfistel nebst Zusammenstellung von 235 spontan geheilten Harn-Genital-Darmfisteln des Weibes. Leipzig. 1895. 74 Ss. — 6) Boldt, Implantation of the ureter into the bladder per abdominal section for the cure of ureterovaginal fistula. Amer. Journ. of obst. Vol. 33. p. 844. Ann. of gyn. Vol. 9. p. 839. — 7) Bowen, Stricture of the urethra in a woman. Am. Journ. of obst. Vol. 33. p. 110. — 8) Broca, Le prolapsus de l'urèthre chez les petites filles. Ann. de gyn. Tome 45. p. 212. (Fall der Art bei einem 6 Jahre alten Mädchen.) — 9) Cestan, Des fistules urétérovaginales post-opératoires et de leur traitement. Gaz. hebdom. No. 16. p. 181. (Warme Empfehlung der von Bazy angegebenen transperitonealen Methode.) — 10) Delbet, P., De l'incontinence de l'urine chez la femme et son traitement. Arch. de Tocol. Vol. 23. p. 500. (Empfehlung einer Verengerung der Urethra durch Aneinanderziehen von Scheidenlappen.) — 11) Duplay, S., Traitement des fistules vésicovaginales par la suture intravésicale (cystorrhaphie interne). Arch. de tocol. et de gyn. Vol. 23. p. 390. (Sectio alta.) — 12) Engel, C., Chronic cystitis in women: its treatment by dilatation and rest. Am. Journ. of obst. Vol. 33. p. 58. (Harnröhrenerweiterung.) — 13) Fest, Bericht über weitere Erfahrungen mit einer „neuen Operation zur Heilung der Incontinentia urinae“. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. IV. S. 346. (Längsschnitt zu den Seiten der Urethralöffnung, der durch die Naht quer geschlossen wird. Ein erfolgreicher Fall.) — 14) Galabin, Myxosarcoma of urethra in a child. London obstr. Tr. Vol. 38. p. 120. — 15) Gareeau, E., The influence of catheter in causing vesical irritability. Amer. Journ. of obst. Vol. 33. p. 862. (Der Catheter soll an späterer Empfindlichkeit unschuldig sein!) — 16) Gilliam, D. T., An operation for the cure of incontinence of urine in the female. Ibidem. Vol. 33. p. 177. — 17) Hartmann, Le Cancer de l'urèthre chez la femme. Ann. de gyn. Tome 45. p. 311. (Referirt über eine Thèse de Paris von Melville Wassermann, in der ein Fall publicirt und 23 Fälle aus der Literatur gesammelt sind.) — 18) Hirst, B. C., The Bacteriology of vaginal secretions Am. Journ. of Obstr. Vol. 34. p. 11. (Zusammenstellung von Bekanntem.) — 19) Derselbe, Colpocleisis. Ibidem. Vol. 33. p. 228. (Hat 2 mal diese sonst nicht mehr als nöthig anerkannte Operation ausgeführt.) — 19a) Holländer, Prolaps der Urethra. Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäc. Bd. 34. S. 129. — 20) Keller, C., Die Wanderniere der Frauen. gr. 8. Halle. — 21) Kelly, The Treatment of large vesicovaginal Fistulae. John Hopkins Hosp. Rep. Vol. VII. No. 59 u. 60. p. 29. — 22) Derselbe, Meine Arbeit über die Krankheiten der weiblichen Harnwege. Antwort auf Mittheilungen des Herrn Prof. W. Rubeska. C. f. Gyn. p. 489. — 22a) Derselbe, Entgegnung an Prof. Dr. Pawlik. Ebendas. S. 1265. — 23) Kleinwächter, Der Prolaps der weiblichen Blase. Zeitschrift für Geb. u. Gyn. Bd. 34. S. 230. — 24) Knapp, L., Klinische Beobachtungen über die Wanderniere der Frauen. Prager Zeitschr. f. Heilkunde. Bd. 17. Heft 2 u. 3. S. 189. — 25) Körnig, Die schwierigen Fälle von Blasenscheidenfisteln und ihre Behandlung im Anschluss an einen in der hiesigen Universität-Frauenklinik beobachteten Fall. Greifswald. 1895. (Naht der Fistel von der Blase aus, manche Complication, Heilung.) — 26) Koetschau, Ueber eine von der Blase aus operirte nicht puerperale Vesico-Cervicalfistel. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. IV. S. 342. (Die Fistel war nach Myomoperation zurückgeblieben, Heilung vaginal angeblich nicht möglich.) — 27) Mackenrodt, Blasensteine um Silkwormfäden. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. S. 302. (Spontan abgegangen.) — 28) Morison, Operation for the cure of vesicovaginal fistula. Lancet 6. VI. p. 1558. — 29) Neugebauer, F. L., Sieben seltenere Fälle von Harnfisteln. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. III. S. 308. — 30) Pawlik, Entgegnung an Prof. Kelly. C. f. Gyn. S. 708. — 31) Reed, Ch. A. L., Melanosarcoma of the female urethra, Urethrectomy, recovery. Am. Journ. of Obstr. Vol. 34. p. 864. (Tod $7^1/_2$ Monat nach der Operation, wohl an Recidiv.) — 32) Derselbe, Melanosarcoma of the female Urethra, Urethrectomy, Recovery. Ibidem. No. 34. p. 759. — 33) Reynolds, E., Some Aspects of Ureteritis in Women. Ibidem. Vol. 34. p. 19. — 34) Routier, Rétention d'urine, cystite purulente chez une fillette causée par un kyste dermoide de l'ovaire. Arch. de tocol. et de gyn. Vol. 23. p. 306. (Durchbruch des Dermoids in die Blase.) — 35) Derselbe, Fistule urétérovaginale, urétérocystonéostomie. Bull. soc. de chir. 18. 12. p. 811. (Genaueres über die Methode wird nicht angegeben, Laparotomie wurde jedenfalls gemacht, Patientin geheilt.) — 36) Rubeska, Prof. H. Kelly und seine Erfindungen auf dem Gebiete der Harnkrankheiten. C. f. Gyn. S. 92. — 37) Skene, A. J. C., A Singular case of patency of a Gärtners Duct. Med. Rec. 16. V. p. 692. — 38) Tuffier, Des fistules utérovaginales. Arch. de tocol. et gyn. Vol. 23. No. 70. — 39) Wertheim, Blasenscheidenfistel. Centralbl. f. Gyn. No. 49. p. 1250. (Ein Fistelrand am Knochenrand adhärent, lospräparirt; Heilung.) — 40) Derselbe, Ueber Blasengonorrhoe. J. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. S. 1. — 41) Wulff, O., Die Blasen-Scheiden-Fisteln und ihre Behandlung. Mit 2 Fig. Berlin. (1 Fall, der bei der 8. Operation heilte.) — 42) Witzel, Extraperitoneale Ureterocystostomie mit Schrägcanalbildung. C. f. Gyn. S. 289.

L. Knapp (24) hat nach Beobachtungen in der Prager Frauenklinik die Wanderniere einem erneuten Studium unterworfen. Aus der sehr werthvollen Arbeit können hier nur einzelne Punkte als besonders bemerkenswerth erwähnt werden. So will er besonders den Zusammenhang zwischen Genitalaffectionen und der Wanderniere betonen, er findet ihn vor allem in einer über den physiologischen Grad hinausgehenden Anteflexion; weicht die Blase dem Druck des anteflectirten Uterus aus, so wird an den Ureteren eine Zerrung ausgeübt und damit auf die Nieren. Nephroptose kann

ferner unabhängig von Enteroptose vorkommen, Erschlaffungszustände des Bauches sind zur Wanderniere nicht durchaus nöthig. Einem guten Corset will Verf. die Darmbeinkämme als Stützpunkt zuweisen. Er fand Wanderniere in 5 pCt. seiner Kranken, unter seinen Fällen fand er 14 pCt. Nullipare. Therapeutisch werden passende Bandagen, die im Wesentlichen der Gesammterschlaffung entgegenwirken, empfohlen, die operative Fixation dagegen als nur für ganz ausnahmsweise Fälle berechtigt angesehen.

Reynolds (33) lenkt die Aufmerksamkeit auf die Entzündung des Ureters bei Frauen; er hält sie bedingt meist durch aufsteigende gonorrhoische Infection; häufigen Drang zum Urinlassen, Anschwellung des Ureters, Röthung der Blasenschleimhaut in der Umgebung seiner Oeffnung wird hierdurch bedingt; therapeutisch räth er ohne Catheterismus des Ureters auszukommen.

Witzel (42) hat den Ureter bei Ureterscheidenfistel dadurch in die Blase eingenäht, dass er die dehnbare Blase an den Ureter extraperitoneal führte und ihn mit der Blase durch einen schräg verlaufenden Canal vereinte.

Boldt (6) heilte eine Ureterovaginalfistel durch Einpflanzung des verletzten Ureters in die Blase nach Laparotomie; er hält dies Verfahren nach der Methode von Witzel für viel sicherer als die vaginale Operation und empfiehlt diesen Weg. Nebenbei stellt er die Literatur hierüber ausführlich zusammen.

Alle 4 Ureterenscheidenfisteln, die Tuffier (38) publicirt, verdanken ihre Entstehung vaginalen Operationen; er machte einmal nach Laparotomie die Implantantion des Ureters, zweimal schloss sich die Fistel spontan resp. nach Aetzung, einmal vereinigte er den Ureter mit der Scheide und mit der Blase.

Bei einer Patientin war Incontinenz entstanden, weil wegen vulvären Carcinoms auch die Urethra mitexstirpirt werden musste. Alberti (1) machte hier mit Erfolg die Cystostomia supravaginalis nach Witzel.

Wertheim (40) wies direct nach, dass es eine echte gonorrhoische Cystitis giebt; bei einem Kinde von 9 Jahren entnahm er im Cystoscop ein hirsekorngrosses Stück und fand in und zwischen den Epithelien sowie in praevenösen Capillaren deutliche wohl characterisirte Gonococcen.

Kleinwächter (23) sammelte 18 Fälle von Prolaps der weiblichen Blase durch die Urethra und fügt einen eigenen neuen Fall hinzu.

Kelly (21) empfiehlt, wie er es in einem Fall that, durch die stumpfe Ablösung der Blase vom Cervix und vom Peritoneum den oberen Wundrand bei Blasenscheidenfistel beweglich zu machen und dann die Fistel zu schliessen.

Morison (28) will eine Lappenverschiebung zur Heilung einer Vesicovaginalfistel anwenden. Er präparirt einen Scheidenlappen unter der Fistel ab, verschiebt ihn nach versenkter Naht der Fistel nach unten, so dass Scheiden- und Blasenostium nicht übereinander liegen. Er berichtet 2 geheilte Fälle.

Neugebauer (29) berichtet über mehrere Blasenscheidenfisteln; eine puerperale Scheidenstenose gab Veranlassung zu einer Fistel, deren Heilung sehr erschwert war, aber schliesslich gelang; in einem zweiten Falle handelte es sich gleichfalls um Combination von Scheidenstenose mit Fistel; schliesslich musste die Vulva ganz verschlossen werden. Demnächst publicirt Verfasser Fälle von Colpocleise und endlich noch zwei Fälle von nicht geheilter Fistel; in dem einen dieser Fälle riss sich absichtlich die Patientin die geheilte Fistel wieder auf, weil sie glaubte, so nicht mehr concipiren zu können.

Im Anschluss an einen von B. S. Schultze beobachteten spontan geheilten Fall von Blasenscheidenfistel stellt Boden (5) 132 Blasenscheidenfisteln, 27 Blasenuterusfisteln, 3 Blasendarmfisteln und 3 Harnleiterscheidenfisteln, sowie eine grosse Zahl von Darmscheidenfisteln aus der Literatur zusammen, die spontan zur Heilung gelangten.

Gilliam (16) machte wegen Incontinenz mit Erfolg eine halbseitige Längsincision neben der Urethra und vereinigte sie in derselben Richtung.

Bei einer 15jährigen Patientin, die dauernd schleimiges Secret aus der Urethra verlor, constatirte Skene (37) von der Vagina aus eine kleine Falte auf der rechten Seite; er fand einen in die Urethra mündenden Canal, den er als Ueberbleibsel des Gärtner'schen Ganges ansieht; er öffnete den Canal von der Scheide aus. Er betont bei dieser Gelegenheit ausdrücklich, dass die periurethralen Drüsen wohl von den Ueberbleibseln des Gärtner'schen Ganges zu unterscheiden seien.

[Faylt, T., Topographische Beziehungen der Ureteren zur Harnblase und zum Uterus. Pamietnik towarzystwa lekarskiego warszawskiego. Heft 182. Band XCII.

Dem Verf. stand ein Material von 26 Frauenleichen zu Gebote. Die gründlichen Untersuchungen des Verfassers in Bezug auf die gegenseitige Lage der Ureteren einerseits und die Uterusligamente, Tuben, Ovarien, Gefässe und Peritoneum anderseits lassen sich keineswegs im kurzen Referate zusammenfassen und sind im Original nachzuschlagen. Die Endschlüsse der Arbeit lauten in aller Kürze wie folgt: 1. Die grösste Distanz des linken Ureters von der Aussenfläche des Mutterhalses schwankt zwischen 1,5—2 cm, die kleinste zwischen 6—8 mm, diejenige des rechten zwischen 2 bis 3 cm. 2. Diese Distanz wächst in den höheren Abschnitten beider Organe und misst in der Höhe des Isthmus schon 2—2,5 cm für die linke, 2—3 cm für die rechte Seite, vorausgesetzt, dass sich der Uterus in normaler Lage befindet. 3. Bei der vaginalen Uterusoperation soll man bei normaler Lage des Uterus einen queren höchstens 4—5 cm langen Schnitt in der Nachbarschaft des Uterushalses anlegen. Bei Descensus uteri soll der Schnitt in eine der Seitenwölbungen der Vagina fallen. 4. Die Entfernung des Ureters von dem Mutterhalse ist desto kleiner, je grösser der Descensus und je stärker die Seitenneigung des Uterus ist. 5. Der linke Ureter liegt immer dem Uterus näher, als der rechte. 6. Die Gefahr der Verletzung des Ureter ist

beim Durchschneiden der Scheidenwölbung grösser, als beim Durchtrennen des Ligamentum latum. 7. Beim Unterbinden des Ligamentum latum von den Seitenwölbungen der Scheide aus, wird der linke Ureter leichter mitgenommen, als der rechte. 8. Die stumpfe Ablösung der Ureteren ist nur in gewissen Grenzen ausführbar. 9. Der Ureterentheil, welcher im Bereiche des periuterinen Venenplexus liegt, lässt sich nur äusserst schwierig ablösen; dieser „fixe Punkt“ des Ureters liegt in der Höhe des Ueberganges des Halses in das Corpus uteri. 10. Bei einem grossen (13—13,5) transversalen Diameter des Beckens gewinnt man nach gelungener Ablösung der Ureteren von dem Ligamentum latum und dem Venenplexus sehr viel Raum. 11. Bei dem Herunterziehen des frei beweglichen Uterus verlassen die Ureteren kaum ihren Platz, weil sie am unteren Theile des Ligamentum latum fixirt sind 12. Bei der Ablösung des Ureters von dem Venenplexus ist grösste Vorsicht geboten.

Ciechanowski (Krakau.)

Ziemacki, J., Zur Operation der Vesico-vaginalfisteln. Przeglad chirurgiczny. Band III. Heft 1.

Ohne auf die Priorität irgend welchen Anspruch zu erheben, empfiehlt Verf. folgendes von ihm geübte Verfahren behufs Verschlusses der Mehrzahl der Vesicovaginalfisteln. Die Fistelränder werden auf eine Strecke von $1^1/_2$—2 cm (soweit sich die Blasenschleimhaut retrahirt) in 2 Theile geschlitzt, deren einer die Wand der Vagina umfasst. Dieser Theil der Operation erheischt nur in sofern etwas Vorsicht, als es heisst eine Verletzung der Ureteren zu umgehen. Nunmehr erfolgt eine separate Vereinigung durch je eine Nahtreihe der Blasen- und Vaginalwand. In welcher Richtung die Wundränder zu vereinigen sind, das hängt von dem jeweiligen Spannungsgrade derselben ab. Gelingt es so wie in der Mehrzahl der Fälle, die Blasenwunde in querer, jene in der Vagina in longitudinaler Richtung zu vereinigen, so ist die Kreuzung der Nahtlinien die sicherste Gewähr für das Gelingen der Operation.

Trzebicky (Krakau.)

Fenomenow, N., Zur Naht der Vesicovaginalfisteln. Przegl. lekarski. No. 41—43.

Auf Grund von mehrfachen günstigen Erfahrungen empfiehlt Fenomenow seine Operationsmethode der Vesico-Vaginalfisteln. Diese besteht darin, dass, nachdem die Fistel entblösst ist, die Vaginalwand auf beiden Seiten der Fistel quer durchtrennt, die Vaginalwand rings um die Fistel herum von der Vesicalwand abpräparirt wird und auf diese Weise zwei Lappen, ein vaginaler und ein vesiealer präparirt werden. Durch dieses Präpariren ist auch der Zutritt zur Fistel bedeutend leichter — vorhandene Narben werden gedehnt oder durchtrennt. Nun wird die Vesicalwand mittelst Catgutnaht separat vernäht, dann wieder die Vaginalwand ebenfalls separat. Die Naht erfolgt immer quer zur Vaginalwand und zwar zur Vermeidung einer stärkeren Spannung der Wundränder; nachdem sämmtliche Nähte angelegt sind, werden erst die Fäden geknotet.

Kosminski (Krakau).]

F. Menstruation, normale und pathologische.

1) Baldwin, L. Grant, Amenorrhoea due to complete occlusion of os uteri following labor. Med. News. 14. 11. p. 553. — 2) Barnes, Fancourt, On some psychological consequences of suppressed menstruation. Brit. gyn. Journ. Part 46. p. 174. (Ein Fall von leichter Psychose gebessert nach Eintritt der Menses.) — 3) Brunnberg, T., Menstruationsstörungen und ihre Behandlung mit hypnotischer Suggestion. Aus dem Schwed. v. Tatzel. gr. 8. M. 1 Tab. Berlin. — 4) Cook, Some disorders of menstruation. Am. J. of obstr. Vol. 33. p. 532 u. 570. (Empfehlung bester Hygiene bei Beginn der Pubertät.) — 5) Croom, J. Halliday, Mittelschmerz. Edinbourgh Journ. February. p. 703. — 6) Edelheit, Amenorrhoea virginalis. Wien. med. Presse. No. 33. S. 1066. (Werthlos.) — 7) Johnstone, A. W., The clinical importance of the menstrual wave. Med. News. 6. VI. p. 636. (Nichts Neues.) — 8) Mandl, Beitrag zur Frage des Verhältnisses der Uterusmucosa während der Menstruation. Arch. f. Gyn. Bd. 52. S. 557. — 9) Massey, J. B., Menorrhalgia and its rational treatment. Am. gyn. and obstr. J. Vol. VIII. p. 201 u. 240. (Dysmenorrhoe mit Electricität behandelt.) — 10) Pluyette, Réglée à 46 mois. Contribution à l'étude des menstruations précoces. Arch. de tocol. Vol. 23. p. 520. (1 Fall.) — 11) Strassmann, P., Beiträge zur Lehre von der Ovulation, Menstruation und Conception. Arch. f. Gyn. Bd. 52. S. 134. — 12) Derselbe, Experimentelles zur Physiologie des weiblichen Sexualorganes. Z. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. S. 463. — 13) Westphalen, Zur Physiologie der Menstruation. Arch. f. Gyn. Bd. 52. S. 35.

P. Strassmann (11) findet in einer sehr sorgfältigen, allerdings manchmal nicht sehr streng kritischen Zusammenstellung der neueren Arbeiten über Menstruation den sicheren Nachweis der Abhängigkeit der Menstruations-Blutung von der Ovulation noch nicht erbracht. Er hat daher eine Reihe von sehr interessanten Versuchen an Hündinnen angestellt — Ovarien z. Th. in die Bauchwunde eingenäht, durch verschiedene Injectionen gereizt, Genitalien dann regelmässig im Zustand einer mässigen Brunst — aus denen mit Sicherheit hervorgeht, dass eine Reizung der Ovarien Veränderungen auf dem Endometrium bedingt; er tritt daher dafür ein, dass die Vorgänge der Ovulation die Ursache der menstruellen Blutung seien und dass im Allgemeinen die Ovulation der Menstruation vorausgehe; in letzterer Auffassung geht er sogar soweit, die Brunst der Thiere mit der prämenstruellen Schwellung des Endometrium, als mit der prämenstruellen Epoche bei der Frau gleichzustellen. Bei der Besprechung der Frage nach dem Verhältniss der Conception zur Menstruation kommt Verf. mehr auf Grund der theoretischen Betrachtung als directem Experiment zu der Annahme, dass das nach der menstruellen Blutung zuerst austretende Ei dasjenige sei, welches befruchtet werde und dass die Spermatozoen eventuell sich längere Zeit conservirten.

Auch Westphalen (13) hat über die anatomischen Verhältnisse der normalen Menstruation gearbeitet. Sein Material entstammt 50 Uteris, welche im Wesentlichen normal waren; die Schleimhaut wurde zu den verschiedensten Zeiten zwischen zwei Menstruationen entnommen. Die Erneuerung der Zellen der Uterus-

schleimhaut und zwar besonders der Epithelzellen findet durch indirecte Kerntheilung periodisch in der Zeit etwa vom 6.—18. Tage nach Beginn der Menstruation statt. Unmittelbar nach Beendigung der menstruellen Blutung ist die Epitheldecke des Endometriums ganz continuirlich; da um diese Zeit noch keine Caryokinese eingetreten ist, so nimmt er an, dass im Allgemeinen zwar einzelne Stellen ihres Epithels beraubt werden resp. dass dieses zu Grunde geht, dass aber eine sofortige vorläufige Ueberhäutung statt hat und dass die definitive Neubildung erst später zu Stande kommt.

Mandl (8) hat 4 Uteri untersucht, welche während der Menstruation exstirpirt wurden. In keinem der 4 Fälle war das Deckepithel verloren gegangen; kleinere oder grössere Lücken fanden sich jedoch in demselben, aus ihnen hat das unter ihm angesammelte Blut seinen Weg nach aussen genommen. Durchtritt von rothen Blutkörperchen zwischen den Epithelien sah er nicht, wohl aber von Leucocyten. Mitosen im Deckepithel wurden beobachtet. M. nimmt ferner eine prämenstruelle Schwellung der Schleimhaut als wahrscheinlich und jedenfalls eine Wucherung der interglandulären Zellen während der Menstruation an. Grosse Blutüberfüllung aller Gefässe wurde gleichfalls festgestellt. Durch Mucinfärbung konnte Mandl nachweisen, dass in den cervicalen Drüsen eine Vermehrung der Schleimsecretion statthatte.

Croom (5) giebt eine nicht ganz vollständige Uebersicht über die bisherige Casuistik über „Mittelschmerz". Er will die Fälle, in denen der Schmerz ganz allein auftritt, von denen trennen, in denen Blutabgang oder Fluor gleichzeitig beobachtet wird. Unter seinen 3 Beobachtungen ist der bemerkenswertheste der Fall, in dem bei 5 Jahr bestehendem nur links sitzendem Mittelschmerz rechts eine Hydrosalpinx bei der Laparotomie gefunden wurde.

Baldwin (1) beschreibt einen acquirirten völligen Verschluss des inneren Muttermundes, entstanden im Anschluss an eine spontane Entbindung, der im Wochenbett Fieber folgte; ausserdem war Pat. 6 Wochen post partum wegen Leibschmerzen intrauterin electrisch behandelt worden. Verf. erweiterte die verschlossene Stelle, legte ein Glasstäbchen 9 Wochen lang ein, Pat. bekam seitdem dauernd ihre normalen Menses.

Geburtshülfe

bearbeitet von

Prof. Dr. R. DOHRN in Königsberg.*)

A. Allgemeines.

1) Schrader, Ziele und Aufgaben in der Geburtshilfe. Deutsche med. Wochenschr. No. 33. — 2) Roepke, O., Ueber Morbidität und Mortalität in der Erlanger Entbindungsanstalt. 1890—1894. Diss.-Inaug. Greifswald. — 3) Worcester, A., A third series of two Hundred consecutive cases of midwifery. 1891 bis 1893. Boston Journ. No. 15. — 4) Pipek, U., Bericht über die Morbiditäts- und Mortalitätsverhältnisse auf der Prager Klinik 1887—1895. Monatsschr. f. Geburtsh. Sept. u. Oct. — 5) Dührssen, A., Ueber chirurgische Fortschritte in der Geburtshülfe. Deutsche med. Wochenschr. No. 45 u. Samml. klin. Vortr. 160. — 6) Derselbe, Geburtshülfl. Vademecum (6. Aufl.) Berlin. — 7) Robson, M., An address on some of the relations of pregnancy to surgery. Brit. med. Journ. April 11. — 8) Irwin, J. R., An obstetric resource and necessity. Philad. Rep. Febr. 15. — 9) Pozzi, A., Manuel theorétique et prat. d'accouchements. Paris. — 10) Arbeiten a. d. Geb. der Geburtshülfe u. Gynäkologie. Zur Feier der 25jähr. Thätigk. von C. Ruge. Berlin. — 11) Kossmann, R., Die geburtshülfliche Praxis. Leipzig. — 12) Fothergill, W. E., Manual of midwifery. London. — 13) Cameron, An american textbook of obstetrics. London. — 14) Runge, M., Lehrbuch der Geburtshülfe. (3. Aufl.) Berlin. — 15) Saunders, W. B., Ein amerikanisches Handbuch der Geburtshülfe. Philadelphia. — 16) Lindfors, A. O., Ueber Johan von Hoorn, sein Leben und seine Werke. Monatsschr. f. Geburtsh. Jan. — 17) Veit, J., Die Ziele des geburtshülflich-gynäkologischen Unterrichts. Leiden. — 18) Farnsworth, P. J., Modern obstetric teaching. Philad. Rep. Febr. 15. — 19) Temesváry, R., Ueber die Versorgung unbemittelter Wöchnerinnen. Wien. med. Wochenschr. — 20) Jahresbericht über das Wöchnerinnen-Asyl in Mannheim. Mhm. 8 Ss. — 21) Brennecke, Die socialen Bewegungen auf geburtsh. Gebiete. Halle. — 22) Strassmann, P., Zur Hebammenfrage. Zeitschr. f. pract. Aerzte. No. 2. — 23) Beaucamp, Ueber Hebammen- und Wärterinnenwesen. Köln. — 24) Dietrich, E., Das Hebammenwesen in

*) In Folge von Krankheit ist der Herr Verf. verhindert gewesen, den obigen Bericht selbst zu bearbeiten, hat vielmehr die Herstellung desselben dem Herrn Privatdocenten Dr. Rosinski übertragen. Die Red.

Preussen. Merseburg. — 25) Derselbe, Die Neuregelung des Hebammenwesens im Kreise Liebenwerda. Zeitschr. f. Medicinalbeamte. No. 6. — 26) Kält, A., Die Ausübung des Hebammenberufes auf antiseptischer und aseptischer Grundlage. Arau. — 27) Weichardt, 1331 Geburten in der Hebammenpraxis ohne Wöchnerinnentodesfälle. Monatsschr. f. Geburtsh. Juni. — 28) Freudenberg, Technischer Bericht über die geburtshülflichen Vorkommnisse der Provinzial-Hebammen-Lehranstalt zu Köln 1870—1886. Forts. Frauenarzt. Febr. — 29) Remy, Antisepsie et sages femmes. Rev. méd. de l'Est. No. 7.

Schrader (1) weist an der Hand der geburtshülflichen Statistik des Hamburger Staates, die sich auf den Zeitraum von 1875—94 erstreckt, nach, dass die Mortalität an Puerperalfieber mit der Einführung der Antisepsis von Jahr zu Jahr ziemlich gleichmässig zunahm, bis sie im Jahre 1883 ihren Höhepunkt erreichte, um dann wieder allmälig abzufallen bis zum niedrigsten Standpunkt im Jahre 1894. Den hierfür von Hegar (Dohrn u. Anderen) gegebenen Erklärungen stimmt S. im Allgemeinen zu. Nur kann er für Hamburg das eine nicht bestätigen, dass die Zunahme der Puerperalerkrankungen eine Folge der sich mehrenden Frequenz der operativen Fälle sei. Er glaubt vielmehr, die prophylactischen Uterusirrigationen und die sogen. Localtherapie bei bereits vorhandenem Fieber für obige Thatsache verantwortlich machen zu müssen; die Verschlechterung der Wochenbettsstatistik setzte ganz augenfällig um die Zeit ein, als die Herrschaft der Gebärmutterausspülung begann.

Noch eine interessante Thatsache deckt S. auf. Vom Jahre 1885 ab hat die Zahl der Todesfälle nach Abort sehr stark zugenommen, sich verdoppelt. Er erklärt dieses durch die Aenderung in der Therapie des Abortes, die ausgedehnte und nicht immer richtig ausgeführte Anwendung der Curette gegenüber der manuellen Ausräumung des Uterus.

Wegen der grossen Gefahr, welche die Operationen für die Gebärenden in sich bergen, räth S. alle Luxusoperationen zu unterlassen. Auch die Wendung aus relativer Indication will er eingeschränkt wissen; ebenso sollen die schwierigen Wendungen z. B. bei verschleppter Querlage — besonders bei abgestorbenem Kinde — gar nicht erst versucht, sondern sogleich zur Perforation oder Embryotomie geschritten werden. Quer- und Beckenendlagen sind in der Gravidität durch äussere Handgriffe in Kopflagen zu verwandeln.

Gegen die Depravirung der Hebammen schlägt er Belehrung des Publicums vor, das selbst über die Hebammen eine Controlle ausüben soll.

Temesváry (19) wünscht im Interesse der Wohlfahrt für Familie und Staat die Errichtung von Wöchnerinnenasylen, die im Allgemeinen von den Gebäranstalten zu trennen sind. Was bisher diesbezüglich in den civilisirten Ländern geschehen ist (T. giebt eine erschöpfende Uebersicht darüber), liegt noch weit von dem erstrebenswerthen Ziele entfernt. Erste und unabweisliche Bedingung einer solchen Einrichtung ist der Zutritt sowohl für verehelichte wie auch unverehelichte Mütter. Gegen diesen Punkt werde bislang am meisten gefehlt, so besonders in den Instituten Deutschlands; die Unverehelichten bleiben — von den meisten Anstalten wenigstens — ausgeschlossen. Gerade für diese aber müsse in jener schweren Zeit gesorgt werden, sollen sie nicht physisch und moralisch zu Grunde gehen. Die Aufnahme muss ferner unentgeltlich geschehen. Die Kinder müssen mit der Mutter zugleich aufgenommen werden und beide daselbst einen Aufenthalt von 4—6 Wochen nehmen können. Neben diesen Asylen sind aber auch in entsprechender Weise jene zu Hause entbundenen Frauen zu unterstützen, denen ihre Wirthschaft, Sorge um Mann und Kinder u. s. w. es nicht gestatten, eine Anstalt aufzusuchen. Endlich müsste nach Einrichtung solcher in genügender Anzahl vorhandener Asyle durch die Gesetzgebung vorgesehen werden, dass vor Ablauf einer festgesetzten Frist nach der Geburt keine Wöchnerin in Fabriken, Geschäften u. s. w. zur Arbeit zugelassen werden dürfe, wie es in einzelnen Ländern schon heute theilweise geschieht.

Auch Brennecke (21) tritt von Neuem für diese von ihm seit langer Zeit verfochtene Frage nach der Errichtung von Wöchnerinnenasylen ein. Neben einem Hebammenstande, der sich aus zuverlässigeren Elementen zusammensetzen müsse, als der gegenwärtige, verlangt er noch geschulte Wochenpflegerinnen, damit die Hebammen zum wenigsten von der Bersorgung erkrankter Wöchnerinnen ferngehalten werden könnten.

B. Schwangerschaft.

I. Anatomie. Physiologie und Diagnostik.

1) Strassmann, Beiträge zur Lehre von der Ovulation, Menstruation und Conception. Arch. f. Gyn. Bd. 52. H. 1. — 2) Patellani, S., Die mehrfachen Schwangerschaften, die Extrauteringraviditäten und die Entwickelungsanomalien der weiblichen Geschlechtsorgane vom anthropogenetischen Gesichtspunkte aus betrachtet. Ztschr. f. Gyn. Bd. 34. H. 2. — 3) Schmorl, Ueber deciduaähnliche Wucherungen auf dem Peritoneum bei intra-uteriner Schwangerschaft. Centralbl. f. Gyn. No. 31. p. 807. — 4) Meyer, H., Einiges über intrauterine Kindsbewegungen. Schweizer Correspondenzbl. No. 22. — 5) Bell, R., Sterility. London. — 6) Levy, H., Zur Behandlung der weiblichen Sterilität. Frauenarzt. Novemb. — 7) Gerhard, P., Die Mittel zur Vorbeugung der Empfängniss. Mainz. — 8) Goenner, A., Ueber den Einfluss einseitiger Castration auf die Entstehung des Geschlechts der Frucht. Zeitschr. für Gyn. Bd. 34. H. 2. — 9) Sokoloff, A., Experimentelle Beiträge zur Frage über die Wirkung der Eierstockexstirpation auf die Schwangerschaft. Centralbl. f. Gyn. No. 48. — 10) Vinay, Ch., Signes et symptômes de la grossesse commençante. Lyon méd. No. 20. — 11) Rissmann, D., Zur Schwangerschaftsdiagnose in den ersten Monaten. Centralbl. f. Gyn. No. 43. — 12) Schücking, A., Röntgen-Strahlen in der Gynaekologie. Ebendas. No. 20. — 13) Varnier, H., Un premier résultat encourageant de photographie intra-utérine par les rayons X. Ann. de gynec. Mars. — 14) Derselbe, Nouvelle note sur la photographie intra-utérine par les rayons X. Ibidem. Avril. —, 15) Knapp, L., Ueber die Verwendbarkeit des Phonendoscopes von Bianchi und Pazzi in der Geburtshülfe. Prag. med. Wochschr. No 46. — 16) Handfield, M., Heart in its relation to pregnancy, parturition and the puerperal state. Lancet. Jan. 18.

Schmorl (3) hält die bei Extrauteringravidität schon seit langem bekannten deciduaähnlichen Auf-

lagerungen auf dem Peritoneum des Beckens für einen sehr häufigen Befund auch bei intrauterinem Sitz des Eies (Pels Leusden hat zuerst darauf aufmerksam gemacht.) Stets liegen die tuberkel- oder plaqueartigen Gebilde unter dem Endothel des Peritoneums bezw. unter dem Keimepithel des Ovariums, welche sich an der Bildung nicht betheiligen. Ihr Ausgangspunkt sind die Bindegewebszellen; hie und da sieht man zwischen den Deciduazellen einige riesenzellartige Elemente. Mit der Involution verschwinden sie, oder verkalken auch und sind dann später noch nachweisbar.

Goenner (8) geht noch einmal auf die Theorie Seligson's ein, die da sagt, dass das Geschlecht im Ovulum in der Weise praeformirt sei, dass der rechte Eierstock nur männliche, der linke nur weibliche Keime enthalte, und sucht ausser durch die Beobachtung am Menschen, wie Gessner und Strak es gethan haben, auch durch das Thierexperiment diese Hypothese zu entkräften. Er castrirte männliche und weibliche Kaninchen auf gleichen Seiten und paarte sie; in sämmtlichen Würfen wurden Junge beiderlei Geschlechts geboren. Die diesbezüglichen Angaben von S. beruhen somit auf einem Irrthum, der entweder ein merkwürdiger Zufall (bei der geringen Anzahl der Experimente nicht unwahrscheinlich) oder eine mangelhafte Beobachtung ist, indem bei sehr jungen Kaninchen die Unterscheidung des Geschlechts grosse Schwierigkeiten macht.

Vinay (10) bespricht die Schwierigkeiten des Nachweises einer beginnenden Schwangerschaft. Als das sicherste Zeichen müsse die Veränderung der Gebärmutter in Gestalt und Consistenz und zwar dabei das differente Verhalten des Corpus gegenüber der Cervix angesehen werden. Ersteres nimmt sehr bald kugelige Form an, die Wand wird weich, der Inhalt scheint zu fluctuiren. Die Cervix behält ihre Cylinder-Gestalt längere Zeit, die Erweichung geht langsam von unten nach oben vor sich, sodass der Contrast in der Consistenz am inneren Muttermunde am längsten bestehen bleibt. V. geht noch des Genaueren auf das Hegar'sche Zeichen ein.

Rissmann (11) glaubt gefunden zu haben, dass in manchen Fällen — bei sehr magern und sehr fetten Frauen — an den Brüsten die Drüsenacini deutliche Hypertrophie zeigen, ohne dass es gelingt, Secret aus denselben auszupressen. Er hält dieses Zeichen für die Diagnose frühzeitiger Schwangerschaft für gleichwerthig mit der Collustrumprobe.

Ausser für die geburtshülfliche Diagnostik verspricht sich Schücking (12) von der Durchleuchtung des Körpers Vortheile für die Beurtheilung der Entwickelung des Foetus. Ebenso könnte man auf diese Weise ein Bild von dem Innern bei Missbildungen erwerben, ohne sie zerstören zu dürfen.

II. Pathologie.

a) Complicationen.

1) Pick, L., Zur Frage der Ovariotomie bei Schwangeren. Diss. Inaug. Königsberg. — 2) Schmarsow, K., Zwei Fälle ausgetragener Gravidität bei fibromatös degenerirtem Uterus. Diss. Inaug. Königsberg. — 3) Thumim, L., Casuistischer Beitrag zur Complication der Schwangerschaft mit Myomen. Wien. klin. Wochenschrift. — 4) Elder, G., On peripheral neuritis in pregnancy. Lancet. July 25. — 5) Toogood, F. S., A case of pregnancy complicated with a Parovarian cyst simulating extrauterine foetation. Ibid. May 16. — 6) Cameron, M., Retroversion of the pregnant uterus, reducible, with a new method of treatment. Brit. med. Journ. Octbr. 31. — 7) Butler-Smythe, A. C., Pregnancy complicated by an ovarian tumor; rupture of the cyst nineteen days after delivery; recovery. Lancet. Sept. 19. — 8) Leith, R. M., A case of carcinoma of the uterus complicated by pregnancy. Ibid. Apr. 4. — 9) Becking, Th., Ovariotomie tijdens graviditeit. Weekblad. Juni 6. — 10) Rapin, O., Dystocie causée par une tumeur des annexes, située dans le bassin, au devant de la tète. Rev. méd. Suisse romande. No. 7. — 11) Johansen, M., Beitrag zur Polyneuritis in graviditate. Münch. med. Wochenschr. No. 28. — 12) Viuay, Ch., De l'oedème aigu du poumon daus les cardiopathies de la grossesse. Lyon méd. No. 44. — 13) Morse, Th. H., Case of dermoid ovarian cyst impacted in the pelvis wich was removed by abdominal section during in the ninth mouth of preguancy. Obstetric. Transact. p. 221. — 14) Galabin, A. L., Oedematous fibroid tumor of uterus associated with pregnancy. Ibid. p. 286. — 15) Duncan, W., Abdominal section in a case of bilateral pyosalpinx with early intrauterine pregnancy. Ibid. p. 293. — 16) Helber, E., Ueber die Nierenerkrankungen Schwangerer. Diss. Inaug. Berlin. — 17) Kröner, M., Ueber Chorea gravidarum. Diss. Inaug. Berlin. — 18) Hohl, A. L., Zur Behandlung von Ovarialtumoren in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Arch. f. Gynaek. Bd. 52. H. 2. — 19) Wahn, O., Ueber die operative Therapie bei Carcinom des graviden Uterus. Diss. Inaug. Halle. — 20) Schröder, K., Mastitis in der Schwangerschaft. Diss. Inaug. Marburg. — 21) Boden, J., Ueber die Infectionskrankheiten als Complicationen der Gravidität. Diss. Inaug. Bonn. — 22) Kehrer, F. A., Gazetamponade des Mutterhalses zur Stillung der Hyperemesis gravidarum. Centralbl. f. Gyn. No. 15. — 23) Schramm, J., Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett nach Nierenexstirpation. Berl. klin. Wochenschr. No. 6. — 24) Bignami, G., Thyreoidismus und Schwangerschaft. Wien. med. Blätter. No. 4. — 25) Chazan, S., Zur Frage der Hyperemesis gravidarum. Centralbl. f. Gyn. No. 33. — 26) Rech, Zur Behandlung des Erbrechens während der Schwangerschaft mit Orexinum basicum. Ebendas. — 27) Beckmann, G., W., Cancer uteri, 7 wöchige Schwangerschaft und Exstirpation des Uterus per vaginam. Journ. akuscherstwa i shenskich Bolesnej. — 28) Derselbe, Zur Complication der Gravidität und Geburt mit Collumkrebs. Zeitschr. f. Gyn. Bd. 34. — 29) Flaischlen, Ueber Complication der Geburt durch Cervixmyome. Ebendas. S. 538. — 30) Olshausen, Totalexstirpirter schwangerer Uterus. Ebendas. Bd. 35. S. 485. — 31) Arndt, E., Exstirpation eines Beckentumors in der Gravidität. Centralbl. f. Gyn. No. 24. — 32) Hahn, F., Leyden'sche Schwangerschaftsniere. Diss. Inaug. Halle. — 33) Hintze, Ueber den Einfluss der Influenza auf Schwangere, Kreissende und Wöchnerinnen. Centralbl. f. Gynaek. S. 1311. — 34) Künschert, A., Totalexstirpation des schwangeren Uterus bei Carcinom. Diss. Inaug. Bonn. — 35) Vollert, R., Ueber Complication von Schwangerschaft mit Myomen. Würzburg. 1895. — 36) Grunow, W., Herzerkrankungen in der Schwangerschaft mit besonderer Berücksichtigung der Klappenfehler und ihrer Therapie. Diss. Inaug. Greifswald. — 37) Lathuraz-Viollet, A., Variété de rétention d'urine dans la retroversion de l'utérus gravide par renversement de la vessie dans cul-de-sac de Douglas. Annal. de Gynéc. Avril. — 38) Glaevecke, Ueber Impetigo herpeti-

formis. Eine seltene Hauterkrankung der Schwangeren. Arch. f. Gyn. Bd. 52. H. 1. — 39) Savage, G. H., Prevention and treatment of insanity af pregnancy and the puerperal period. Lancet. Jan. 18. — 40) Vanderveer, A., Uterine fibroids complicated by pregnancy. Med. News. Dec. 12. — 41) Pöhlig, W., Ueber die Bedeutung des Cervixcarcinoms als Geburtshinderniss. Diss. Inaug. Berlin. — 42) Torre, F., Contributo alla cura dei vomiti gravidici. Bull. della Soc. Lancisian. XVI.

Schmarsow (2) bestätigt mit der Beschreibung seines ersten Königsberger Falles die schon öfter gemachte Erfahrung, dass zuweilen Uterusfibrome, die das kleine Becken zur Hälfte und mehr ausfüllen und die auf den ersten Blick ein absolutes Geburtshinderniss darzubieten scheinen, doch die Entbindung eines reifen, unzerstückelten Kindes per vias naturales gestatten, wenn die Tumoren von weicher Consistenz sind; deswegen vorerst exspectatives Verfahren. In einem zweiten Fall war der Verlauf der Geburt bei einem von Fibromen durchsetzten Uterus fast vollkommen normal. Während die Schwangerschaft in diesen beiden Beobachtungen ohne wesentliche Störung verlief, berichtet Thumim (3), dass in einem Fall ein faustgrosses, dem Fundus uteri breit aufsitzendes Fibroid im 4. Graviditätsmonat sehr heftige peritoneale Erscheinungen hervorrief, die zu operativem Eingriff zwangen. Ausser beginnender haemorrhagischer Necrose war sonst am Tumor nichts Besonderes zu constatiren, das bedeckende Peritoneum war reizlos. Die Ursache für die schweren Erscheinungen sieht Th. in Uebereinstimmung mit Frommel in einer Zerrung des Peritoneums, hervorgerufen durch das in der Gravidität allzurasche Wachsthum eines ursprünglich kleinen Tumors.

Auch Flaischlen (29) und besonders Gessner treten in der Discussion über diesen Gegenstand für das exspectative Verfahren bei der durch Cervixmyome complicirten Geburt ein. Sie vertrauen darauf, dass selbst ein anscheinend unverrückbarer Tumor sich während der Wehen aus dem kleinen Becken herausentwickelt.

Glaevecke (38) beobachtete einen jener sehr seltenen, anscheinend fast nur bei schwangeren Frauen vorkommenden Fälle von Impetigo herpetiformis. Nach Hebra handelt es sich um eine Proruption von eiterhaltigen Bläschen, also Pusteln, an der allgemeinen Hautdecke, die sowohl durch ihren gleich von Anfang an bestehenden eitrigen Inhalt, wie auch durch ihre an Herpes erinnernde Gruppirung und periphere Ausbreitung besonders characterisirt sind. In diesem Falle war bei einer kräftigen, 38 Jahre alten 9.-Geb. in der Mitte des 5. Schwangerschaftm. der Ausschlag an der Unterbauchgegend unter Fieber und Schüttelfrost mit lebhaftem Jucken zuerst aufgetreten und hatte sich dann sehr schnell über den ganzen Körper (am wenigsten war Rücken und Hals betroffen) verbreitet. Daneben bestand Husten und Heiserkeit und zunehmende Verschlechterung des Allgemeinbefindens. Am rechtzeitigen Ende der Schwangerschaft Geburt eines reifen, vollkommen gesunden Kindes. Nach der Entbindung sogleich wesentliche Besserung und dann langsame Genesung. In 80 pCt. der Fälle ist der Ausgang letal, deswegen schlägt G. vor, die Schwangerschaft beim Auftreten dieser Erkrankung frühzeitig zu unterbrechen. Man wird sich zu diesem Eingriff um so eher entschliessen können, da in den beobachteten Fällen die Frühgeburt oft spontan eingetreten und die Möglichkeit, die Kinder zu erhalten, ziemlich gering ist.

b) Abortus, Erkrankungen der Eihäute.

1) Routh, A., Haemorrhage during the early mouths of pregnancy. Lancet. May 16. — 2) Hart, D., The nature and diagnosis of the so-called fleshy mole. Brit. med. Journ. Oct. 24. — 3) McCaw, J., Notes of a case of premature labour presenting some unusual features. Lancet. Oct. 31. — 4) Fothergill, W. E., Placental tissue: fresh and old. Brit. med. Journ. May 9. — 5) Bulius, G., Ueber Endometritis decidua polyposa et tuberosa. Münch. med. Wochenschr. No. 23. — 6) Stubbs, H. J., Partial placental attachment in the left fallopian tube: Miscarriage at fife mouths. Philad. Reporter Febr. 15. — 7) Lavergne, De la conduite a tenir dans la rétention du placenta après l'avortement. Nouv. Montpell. méd. No. 5. — 8) Klein, C., Ueber Abortus habitualis. Wien. med. Presse. No. 17. — 9) Genge, G. G., Fife months foetus and placenta, from a case of twin pregnancy in wich the second child was delivered alive at or near full term along with the read foetus. Obstetric Transact. p. 5. — 10) Wise, R., Placenta, cord, foetus and membranes. Ibidem. p. 166. — 11) Haultain, F. W. N., A rare form of abortion — expulsion of the amniotic sac alone. Edinb. Journ. Feb. — 12) Noble, Ch. P., A consideration of certain doubtful points in the management of abortion. Therapeutic Gazette. Philadelphia. Jan. — 13) Bergervoort, B. M., Directer Abortus und Craniotomie und deren Erlaubtheit. Passau. — 14) Trotta, Ein Fall von cervicaler Schwangerschaft. Gaz. hebdom. No. 23. — 15) Starcke, H., Ueber einen künstlichen Abort bei einem infantilen rachitischen Zwergbecken. Inaug.-Diss. Strassburg i. E. — 16) Patru, Ch., Reflexion sur le curettage dans les suites d'avortement. Rev. méd. Suisse romande. No. 1. — 17) Tuttle, A. H., A case of general septic peritonitis following abortion. Treated by peritoneal and intestinal drainage, resulting in recovery. Boston Journ. No. 25. — 18) Lemke, K., Die Therapie des Abortus an der Hallenser Frauenkl. in den Jahren 1887—93. Inaug.-Diss. Halle. — 19) Noble, Ch. P., Technique of emptying the uterus in inevitable abortion. Philadelphia 1895. — 20) Müller, P., Ueber Abortbehandlung. Sammlung klin. Vorträge. 153. — 21) Huber, W., Dasselbe. Halle. — 22) Levy, H., Zur Abortbehandlung. Dec. — 23) Lavabre, M., Rétention foetale pendant cinq mois. Lyon méd. 51. — 24) Kahn, E., Zwei Fälle aus der gynaekologischen Abtheilung des Hospitals St. Jacob in Wilna. (Missed labour.) Petersb. med. Wochenschr. No. 2. — 25) Drozda, Ein Fall von Pyaemie in Folge krimineller Fruchtabtreibung. Wien. klin. Wochenschr. No. 17. — 26) Hepworth, A. F., Case of hydatidiform degeneration of the placenta. Brit. med. Journ. Dec. 26. — 27) Dirmoser, E., Hydatidenmole mit Usur der Uterussubstanz. Wien. med. Wochenschr. No. 11. — 28) Mars, A. R. v., Angioma myxomatodes disseminatum placenta. Monatsschr. f. Geburtsh. Sept. — 29) Cock, J., A case of deciduoma malignum, with an account of the post mortem examination and microscopic appearances. Brit. med. Journ. Dez. 26. — 30) Durante, G., Le déciduome malin. Rev. méd. Suisse romande. p. 615. — 31) Derselbe, Du déciduome malin ou épithélioma ectoplacentaire. Ibidem. Dec. 12. — 32) Runge, ein neuer Fall von bösartigem Tumor der

Chorionzotten. Arch. f. Gynaek. Bd. 51. H. 1. — 33) Neumann, J., Ein Fall von „Malignem Deciduom". Wien. klin. Wochenschr. — 34) Apfelstedt und L. Aschoff, Ueber bösartige Tumoren der Chorionzotten. Arch. f. Gynaek. Bd. L. Heft 3. — 35) Neumann, J., Ueber „malignes Deciduom". Wien. klin. Wochenschr. — 36) Derselbe, Beitrag zur Lehre vom malignen Deciduom. Monatsschr. f. Geburtsh. Mai. — 37) Freund, H. W., Ueber bösartige Tumoren der Chorionzotten. Zeitschr. f. Gynaek. Bd. 34. — 38) Franqué, O. v., Ueber eine bösartige Geschwulst des Chorion nebst Bemerkungen zur Anatomie der Blasenmole. Ebendas. H. 2. — 39) Aczée, K., Ueber einen Fall von decidualer Geschwulst. Monatsschr. f. Geburtsh. Mai. — 40) Spencer, H., Deciduoma malignum. Semaine gynécol. No. 18. — 41) Ruge, C., Ueber maligne syncytiale Neubildungen, die sog. malig. Deciduome der Gynaekologen. Wiesbaden. — 42) Gottschalk, S., Ein weiterer Beitrag zur Lehre von den malignen, placentarvillösen Geschwülsten. Arch. für Gynaek. H. 1.

Tuttle (17) brachte einen Fall von septischer Peritonitis nach einem Abort dadurch zur Heilung, dass er das Abdomen eröffnete, einen Theil des Dickdarms in die Peritonealwunde einnähte, den Darm aufschnitt und nach Entfernung sehr reichlicher Gase einen Verband machte. Weiterbehandlung mit Strychnin, Strophantus, Digitalis, Belladonna und Clystieren.

In dankenswerther Weise hat Müller (20) sich der Aufgabe unterzogen, die Behandlung des Abortus in ihren Principien darzulegen. Trotz reicher Bearbeitung sei die Frage, ob mehr abwartend oder mehr activ eingreifend verfahren werden soll, zu einer eindeutigen Beantwortung noch immer nicht gediehen. Nachdem das Verhalten dem drohenden und beginnenden Abort gegenüber klargelegt ist, kommt M. zu der Behandlung des nicht mehr aufzuhaltenden Aborts und tritt ganz entschieden für das exspectative Verfahren ein, indem er von dem für die Geburtshülfe allgemein geltenden Grundsatz ausgeht, dass die Naturkräfte, sobald sie es überhaupt im Stande sind, das Ei resp. Theile desselben viel besser aus dem Uterus entfernen, als wir dies mit unseren Händen und Instrumenten frühzeitig auszuführen vermögen.

Die beiden Letzteren sind wegen der bekannten Infectionsgefahr auch beim Abort möglichst von der Gebärmutter fernzuhalten — ebenfalls ein Hauptgrund für die abwartende Methode. Den ausgiebigsten Gebrauch macht M. von der Jodoformgaze-Tamponade auch in jenen Fällen, in denen abundante Blutungen für die Kranke gefährlich zu werden drohen. Gerade hier wird die momentane Blutstillung vermittelst der Ausstopfung der Gebärmutter, damit die Kranke sich erst erholen könne, gegenüber denjenigen vertheidigt, die in solchen Fällen eine sofortige Ausräumung fordern. Sowohl zur Dilatation der Cervix wie auch zur Anregung kräftiger Wehen wird die Tamponade gemacht.

Der letzteren Aufgabe dient auch die Anwendung der Kälte in Form eines Eisbeutels auf das Abdomen. Muss ausgeräumt werden, so soll alles möglichst mit den Fingern geschehen. Aber auch die Curette, resp. der scharfe Löffel, finden ihren berechtigten Platz, z. B. dann, wenn zurückgebliebene Eitheile der Uterusinnenwand mit breiter Basis fest anhaften, indess immer unter Controlle des vor- und nachuntersuchenden Fingers. Im Gegensatz hierzu tritt Nohle (12) ganz für das active Verfahren ein.

Ist der Abort nicht mehr aufzuhalten und die Schwangerschaft ungefähr bis zur 8. Woche gediehen, so soll der Uterus brüsque dilatirt und mit der Curette ausgeräumt werden. Nach der 8. Woche ist die Digitalausräumung vorzuziehen. Mit der Curette könne man sich in dieser Zeit im Uterus nicht mehr genügend orientiren und es komme dabei nur zu häufig vor, dass man vermeint, die Gebärmutter entleert zu haben, während dann nachträglich das Ovulum ausgestossen wird. Ist Infection eingetreten gewesen, so ist auch nach der digitalen Ausräumung des Uterus noch die Excochleation desselben vorzunehmen, um eventuell dadurch die Infection zu coupiren.

Bei der Behandlung des drohenden Aborts empfiehlt Huber (21), um denselben aufzuhalten, unmittelbar an die Untersuchung eine ausgiebige Tamponade der Vagina mit Jodoformgaze anzuschliessen. Die Gaze soll in einzelnen langen Streifen in die Vagina eingeschoben und jeweils mit langen Kornzangen an die Portio angedrückt werden. Diesen Fehler weist Levy (22) in einer schroffen Kritik der H.'schen Arbeit zurück und betont mit Recht, dass kaum durch eine Behandlung der beginnende Abort so sicher in Gang gebracht wird als durch eine gründliche Ausstopfung der Scheide.

Kahn (24) berichtet über einen Fall, in dem eine 5—6 Monate alte (völlig zersetzte) Frucht nach ihrem Absterben noch 5 Monate lang in utero zurückgehalten wurde. Zur Zeit, als das Kind vermuthlich abstarb, machte die Frau eine Bauchfellentzündung durch, und diese betrachtet K. als die Ursache des missed labour — eine von Leopold und Ahlfeld vertretene Anschauung.

[1) Karström, W. und A. Westberg, Ueber das sogenannte Deciduoma malignum mit 2 neuen Fällen. Hygiea. LVIII. 12. p. 613. — 2) Allard, H., Phosphor als Abortivum in Schweden und im Auslande. No. 33 von den Mittheilungen aus der medicinischen Klinik zu Upsala. (Upsala läkareförenings förhandlingar. Neue Reihe. II. 1. S. 25.)

In dem einen von Karström (1) beobachteten Falle hatte sich die Geschwulstbildung bei einer 33jähr. Frau an die Geburt einer Blasenmole angeschlossen. Die zweite, 36 Jahre alte Patientin hatte vor ihrer Erkrankung 3 normale Entbindungen und ebensoviele Aborte durchgemacht. Beide Male wurde der Uterus durch vaginale Totalexstirpation entfernt. Macroscopisch bestand die Geschwulst aus sehr lockeren, bröckligen Massen, die sich bei der microscopischen Untersuchung als ein Balkenwerk von Protoplasmasträngen mit zahlreichen eingelagerten Kernen aber ohne Zellabgrenzungen erwiesen. Nirgends war etwas von Zwischensubstanz oder Stützgewebe, auch keine Blut- und Lymphgefässe zu entdecken. Nach eingehender Besprechung der Histogenese dieser Neubildung stellt K. noch einige Sätze über das klinische Verhalten derselben auf: Die

späten Graviditäten müssen als besonders prädisponirend für maligne Geschwulstbildung aus der Plac. betrachtet werden — verminderte Resistenz der Gewebe im höheren Alter. Die Geschwulst wächst zwar infiltrirend aber fast ausschliesslich in Continuität, ohne disseminirte Herde in der Umgebung zu setzen. Dieses Verhalten erklärt der Verf. aus dem sehr zähen Zusammenhange innerhalb der unsegmentirten Protoplasmamasse des Syncytium. Eine andere Eigenthümlichkeit dieser Geschwulst ist das Unvermögen in organische Verbindung mit dem Grundgewebe zu treten, aus dem Bindegewebe sich ein nutrirendes, gefässführendes Stroma zu schaffen. Mit dieser Entwicklungshemmung wird zugleich auch ihre Malignität beschränkt.

Allard (2) theilt 12 Fälle mit mehr oder weniger vollständigen Krankengeschichten mit, in denen Phosphor zur Unterbrechung der Schwangerschaft genommen war. 2 Gravidae waren verheirathet, eine 40 Jahre alt und III. para. Die Schwangerschaft war sehr verschieden weit vorgeschritten vom 2.—8. Monat. In einem der Fälle wird Selbstmord als Absicht angegeben, in den übrigen war sie gewiss oder wahrscheinlich Abtreibung der Leibesfrucht. In 10 Fällen wird bestimmt mitgetheilt, dass der Phosphor von Zündhölzchen genommen worden war. Die Dosis war ein Bund, welches ca. 75 Zündhölzchen enthält, wovon ungefähr 16 genügen, um einen erwachsenen Menschen tödtlich zu vergiften, da ein Zündholz 0,003—0,005 g Phosphor enthält. A. weist darauf hin, dass in Schweden wie nirgends in einem Lande in der occulten Fruchtabtreibungspraxis der Phosphor ein sehr häufig angewandtes Mittel sei und dass der Missbrauch desselben immer weiter um sich greife. Nach seiner Schätzung gehen jährlich Tausende junger Frauenzimmer daran zu Grunde. **Fr. Eklund** (Stockholm).]

c) Extrauterinschwangerschaft.

1) Oliver, J., Ovarian pregnancy; operation (sac containing foetus and placenta removed intact); recovery; experiment with Röntgen rays. Lancet. July 25. — 2) Mitchell, Th., A case of simultaneous uterine and extrauterine gestation. Brit. med. journ. May 30. — 3) Lewers, A. H. N., A case of ruptured extrauterine pregnancy; tubal mole; intraperitoneal haemorrhage; abdominal section; recovery. Lancet. July 4. — 4) Boland, E. S., Extra-uterine pregnancy from the stand-point of the general practitioner. Boston journ. Aug. 6. — 5) Donald, A., A case of vaginal coeliotomie for tubal pregnancy. Brit. med. journ. Jan. 11. — 6) Cripps, H., Ten cases of operation for extrauterine foetation. Ibid. March 28. — 7) Doran, A., Four cases of early extrauterine gestation. Lancet. March 28. — 8) Herman, Two cases of extrauterine gestation. Ibid. Apr. 18. — 9) Malcolm, J. D., Remarks on the diagnosis and treatment of extrauterine foetation, with notes of a complicated case. Brit. med. Journ. Nov. 28. — 10) Chotzen, F., Ueber die Prognose der Extrauteringravidität und die Bedeutung des Sectionsmaterials für dieselbe. Münch. med. Wochschr. No. 23. — 11) Routier, M., Foetus provenant de trois grossesses extra-utérines. Bull. de la Soc. de chir. Juni 26. — 12) Picqué, Sur trois cas de grossesse extra-utérine (communiqués par Potteret). Ibid. Oct. 24. — 13) Mc Cosh, A. J., Extrauterine foetation; report of fifteen cases treated by operation. Amer. journ. Aug. — 14) Warthin, A. S., Report of a case of ectopic gestation associated with tuberculosis of the tubes, placenta and foetus. Amer. med. news. Sept. 19. — 15) Playfair, W. S., Ruptured tubal gestation. Obst. Transact. p. 34. — 16) Duncan, W., Unruptured tubal gestation. Ibid. p. 36. — 17) Galabin, A. L., Intraligamentous gestation retained for twenty one years. Ibid. p. 38. — 18) Derselbe, Tubal gestation of the sixth week. Ibid. p. 39. — 19) Derselbe, Extrauterine foetation not primarily tubal. Ibid. p. 91. — 20) Duncan, W., Ruptured tubal gestation. Ibid. p. 244. — 21) Remfry, L., Tubal gestation. Ibid. p. 287. — 22) Sutton, On a case of tubo-uterine pregnancy; primary intraperitoneal rupture; recovery. Ibid. p. 296. — 23) Derselbe, Surgical diseases of the ovaries and fallopian tubes, incl. tubal pregnancy. London. — 24) Leopold, G., Ausgetragene secundäre Abdominalschwangerschaft nach Ruptura uteri traumatica im 4. Monat. Laparotomie. Genesung. Arch. f. Gynäk. Bd. 52. Heft 2. — 25) Westhoff, Th., Beitrag zur Extrauterinschwangerschaft an der Hand von 35 Fällen. Inaug.-Diss. Berlin. — 26) Ludwig, H., Eierstockschwangerschaft neben normaler uteriner Schwangerschaft; Laparotomie am 5. Tage nach der Spontangeburt der uterinen Frucht. Wien. klin. Wochenschr. — 27) Toth, St., Beiträge zur Fage der ectopischen Schwangerschaft auf Grund des 14jährigen Materials der II. geburtshülflichen und gynäkologischen Klinik in Budapest. Arch. f. Gyn. Bd. 51. H. 3. — 28) Cullingworth, Ch. J., Clinical illustr. of the diseases of the fallopian tubes and of tubal gestation. London. — 29) Webster, J. Cl., Die ectopische Schwangerschaft, ihre Aetiologie, Classification etc. Deutsch von Eiermann. Berlin. — 30) Reismann, A., Ein glücklich operirter Fall von ausgetragener Extrauterin-Schwangerschaft mit lebender Frucht. Centralbl. für Gyn. 1. — 31) Abegg, H., Ein Fall von Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter. Ebendas. No. 18. — 32) Rudolph, Ueber Extra-uterin-Gravidität. Deutsche med. Wochenschr. No. 19. — 33) Hammerschlag, R., Curettement bei Graviditas extra-uterina. Ebendas. No. 36. — 34) Rosenthal, J. v., Ein Fall von intramuraler Schwangerschaft. Ebendas. No. 51. — 35) Dentu, Doppelte Tubarschwangerschaft in einem Sack. Gaz. méd. de Paris. No. 11. — 36) Sippel, A., Ueber Tubenschwangerschaft und deren Behandlung nach Ruptur. Praxis. No. 1. — 37) Elischer, Fall von abdominaler Extra-uterin-Gravidität. Centralbl. f. Gyn. S. 885. — 38) Piering, Ueber die Therapie des tubaren Abortus. Wien. klin. Wochenschr. No. 16. — 39) Herff, O. v., Zur Technik der Entfernung vorgerückter Extrauteringraviditäten. Zeitschr. für Gynäk. Bd. 34. — 40) Beckmann, W., Beitrag zur Gravidität im rudimentären Uterushorn. Ebendas. Bd. 35. Heft 1. — 41) Gessner, Brustdrüsensecret bei Extrauteringrav. Ebendas. S. 164. — 42) Simons, E. M., Der heutige Stand der Lehre von der Extrauterinschr. in Frankreich. Monatsschr. f. Geburtsh. Juli. — 43) Ekstein, E., Ueber einen Fall vorgeschrittener Tubenschwangerschaft von 6 jähriger Dauer bei geschlossenem Fruchthalter. Ebendas. Juni. — 44) Routier, Traitement de la grossesse extrautérine. Ann. de gynéc. Fevr. — 45) Folet, Grossesse extra-utérine gémellaire probablement tubaire. Rétention pendant quinze ans d'un foetus mort a terme, Laparotomie, Exstirpation du sac et de son contenu. Guérison. Ibidem. Mars. — 46) Chotzen, F., Ueber die Prognose der Extrauteringravidität und die Bedeutung des Sectionsmaterials für dieselbe. Inaug.-Diss. München. — 47) Schulze-Vellinghausen, A., Ueber die Laparotomie wegen freier intraperitonaler Blutung in Folge von früherer Tubenschwangerschaft. Inaug.-Diss. Kiel. — 48) Blumenthal, W., Ueber Graviditas tubaria. Greifswald. — 49) Smith, J. A., An interesting case of ruptured tubal pregnancy; with Hämatosalpinx of the opposite

side. Dublin journ. April. — 50) Rech, Ein Fall von Tubargravidität bei Portiocarcinom. Centralbl. für Gyn. No. 16.

Oliver (1) versuchte die Roentgenstrahlen zum Zweck der Diagnose einer Extrauteringravidität mit ausgewachsener Frucht, doch ohne Erfolg. Durch Laparotomie wurde dann der Sack mit Frucht intact entfernt und von der letzteren, die mit einer sehr dicken Schicht von Vernix caseosa bedeckt war, eine Roentgenaufnahme gemacht, die auch gelang.

Reismann (30) beschreibt einen von Tauffer für Mutter und Kind glücklich operirten Fall von Extrauteringravidität am normalen Ende der Schwangerschaft. Ob primäre oder secundäre Abdominalgravidität vorlag, liess R. unentschieden. (Indess weist doch die Anamnese auf letztere hin. Pat. wurde im dritten Schwangerschaftsmonat plötzlich ohnmächtig, es folgten grosse Schmerzen in der linken Bauchseite; daselbst entstand eine hühnereigrosse Geschwulst, die später verschwand. Ref.) Schwierigkeit bereitete die Blutstillung, die Plac. wurde sofort gelöst, der Uterus mit entfernt, nach der Scheide hin drainirt.

Eine höchst merkwürdige Entstehung einer secundären Bauchhöhlenschwangerschaft hat Leopold (24) zu beobachten Gelegenheit gehabt. Die ausgetragene, ungefähr 3 Wochen ante operat. abgestorbene Frucht befand sich in der Abdominalhöhle von einem von sehr zarten und feinen Membranen gebildeten Sack umgeben, während die Nabelschnur durch einen Schlitz der Gebärmutterwand in die Uterushöhle führte und zu der hier befindlichen Plac. resp. den Eihäuten gelangte. Danach muss sich das Ei normaler Weise in der Gebärmutter eingenistet haben und die Frucht im Laufe der Schwangerschaft in die Bauchhöhle geboren und daselbst zur weiteren Entwicklung gediehen sein. L. belegt die Erklärung dieses Vorganges durch die Anamnese und speciellen Befunde an dem durch Operation gewonnenen Präparat. 2—3 Wochen nach dem ersten Auftreten der Kindsbewegungen erlitt die Frau einen schweren Sturz. Bei dieser Gelegenheit ist die Uteruswand, welche wohl durch die voraufgegangenen, zum Theil mit manueller Lösung der Plac. beendigten 11 Geburten wesentlich alterirt war, geborsten und der Fötus in den höchstwahrscheinlich unzerrissenen Eihüllen allmälig durch den Schlitz hindurchgeschlüpft. Wäre der Eisack zugleich mitzerplatzt gewesen, so wären in Folge des erheblich verminderten intrauterinen Drucks Contractionen aufgetreten und die Nachgeburt von ihrer Unterlage gelöst worden.

Ludwig (26) beschreibt einen Fall, bei dem neben einer Intra- noch eine Extra-Uteringravidität (ovarielle) bestand. Beide vollkommen reifen Kinder wurden lebend zur Welt gefördert, das eine durch Spontangeburt, das andere durch Laparotomie, die auch für die Mutter günstig verlief.

Hammerschlag (33) warnt vor der Curettage bei ectopischer Schwangerschaft; die Diagnose lasse sich ohne dieselbe durch Anamnese und Palpation mit gleicher Sicherheit stellen. In einem von ihm mitgetheilten Fall war nach diesem Eingriff ein parametraner Abscess entstanden, der in das Rectum perforirte und die Heilung sehr verzögerte.

Beckmann (40) beobachtete eine Gravidität im rudimentären Nebenhorn, bei der die Diagnose Schwierigkeiten machte, die auch erst während der Operation gestellt wurde. B. macht auf die Wichtigkeit des Nachweises einer strangförmigen Verbindung zwischen den beiden Uterushälften in solchen Fällen aufmerksam. In dem vorliegenden war dieser Strang so stark aufgelockert, dass er nicht palpirt werden konnte. Dieses Verhältniss zwischen schwangerem Nebenhorn ist nach B.'s Auffassueg analog dem Verhalten von Uteruskörper zur Cervix bei intrauteriner Schwangerschaft — Hegar's Zeichen.

Ekstein (43) operirte einen Fall von Tubargravidität (mit günstigem Ausgange), die 6 Jahre bestanden hatte. Der Fötus befand sich im Zustande der Mumification und partieller Maceration. Aetiologisch deutet E. den Fall in der Weise, dass bei einer — anamnetisch angegebenen — ungeeigneten Bewegung die schwangere Tube abgeknickt und dadurch der Fruchtsack in seinem weiteren Wachsthum gehemmt wurde. Die Frucht starb ab und verfiel der Adipocirebildung, während der Fruchtsack von den Adhäsionen her weiter ernährt wurde.

[1) Rosenthal, J. v., Ein Fall von intramuraler Extrauterin-Schwangerschaft. Gazeta lekarska. No. 41 und 42. — 2) Rymsza, A., Beitrag zur Behandlung der Extrauterinschwangerschaft bei Blutaustritt in die freie Bauchhöhle. Kronika lekarka. No. 10—12. — 3) Ehrlich, M., Zur Behandlung der Tubarschwangerschaft. Medycyna. No. 31. 32.

Rosenthal (1) exstirpirte in einem Fall von Extrauteringravidität den vergrösserten Uterus mitsammt dem Fötalsack, welcher am oberen Theile der linken Seitenwand der Gebärmutter sich befand. Diesen Fall hält Verf. für eine wahre Graviditas intramuralis und erklärt sich sein Zustandekommen auf folgende Weise: Das befruchtete Ei hielt sich in dem innerhalb des Gebärmutterparenchyms verlaufenden Theil der Tube auf, fiel dann in der weiteren Entwickelung durch Ruptur der oberen Tubenwand aus derselben heraus, trieb das Parenchym auseinander und verursachte Atrophie der Muskeln des Fundus uteri.

Rymsza (2) citirt 8 durch ihn selbst in dem Obuchowski-Krankenhaus in Petersburg beobachtete Fälle von ectopischer Schwangerschaft und gelangt zu der Ueberzeugung, dass in jedem Fall von „Extrauterinschwangerschaft mit Blutungen" sofort operirt werden sollte; denn nur auf diese Weise kann den betreffenden Personen erfolgreiche Hülfe geleistet werden.

Ehrlich (3) ist ein Anhänger der conservativexspectativen Behandlung sowohl bei constatirter Graviditas tubaria, als auch bei bereits erfolgter Ruptur des Eileiters. **Kosminski** (Krakau).

Studsgaard, Von der extrauterinen Gravidität. Nord med. arkiv. årg. No. 17.

20 Fälle ectopischer Schwangerschaft (aus dem Communalhospital zu Kopenhagen) werden beschrieben. Von diesen musste eine als primäre Abdominalgravi-

dität gedeutet werden, indem das 4 bis 6 Wochen alte Ei hinter dem Uterus, ohne Verbindung mit Tube oder Ovarium, in das kleine Becken eingepflanzt gefunden wurde. In 6 Fällen hatte die Gravidität mehr als vier Monate gedauert; unter den übrigen 12 Fällen starben 3 ohne Operation an Blutung durch Bersten des Eisacks, die übrigen wurden durch Laparotomie gerettet. 4 wurden wegen Ruptursymptome, 5 auf Wahrscheinlichkeitsdiagnose hin operirt.

F. Nyrop (Kopenhagen).]

C. Geburt.

I. Physiologie und Diätetik.

a) Einfache Geburten.

1) Ahlfeld, F., Woher stammen die grossen Differenzen in den Morbiditätsstatistiken deutscher Entbindungshäuser? Deutsche med. Wochenschr. No. 13. — 2) Fehling, H., Ueber die Erkrankungsziffern der Entbindungshäuser. Ebendas. No. 27. — 3) Ahlfeld, F. und F. Vahle, Die Wirkung des Alcohols bei der geburtshilflichen Desinfection. Ebendas. No. 6. — 4) Ahlfeld, F., Die Bedeutung der äusseren Untersuchung der Gebärenden gegenüber der inneren. Ebendaselbst. No. 44. — 5) Ahlfeld, F. u. F. Vahle, Die Bedeutung des Chinosols als Antisepticum. Centralblatt f. Gyn. No. 9. — 6) Witte, E., Zur Frage des Chinosols. Ebendas. No. 9. — 7) Kossmann, R., Dasselbe. Ebendas. No. 14. — 8) Münstermann, Chr., Ueber das Creolin (Pearson). Beobachtungen aus den Jahren 1891 und 1892. Diss. inaug. Berlin. — 9) Baumm, P., Ueber Asepsis und Antisepsis in der Geburtshülfe. Arch. f. Gynäk. Bd. 52. H. 3. — 10) Acconci, L., Dell' asepsi dell' antisepsi nei parti. La Rassegna d'Ost. e Ginec. No. 1. — 11) Stoltenberg-Lerche, A., Zur Desinfection der Hände. Diss. inaug. Marburg. — 12) Braun v. Fernwald, Ueber Asepsis und Antisepsis in der Geburtshülfe. Wien. — 13) Beuttner, Dasselbe. Wien. — 14) Bokelmann, Der gegenwärtige Stand der prophylactischen Antisepsis in der Geburtshülfe und ihre Durchführbarkeit in der ärztlichen Privatpraxis. Samml. z. Abh. aus Frauenhlk. und Geb. Halle. — 15) Zinsmeister, Ueber Asepsis und Antisepsis in der Praxis. Teschen. — 16) Barbour, A. H. F., Braunes os internum and the Retraction King. Edinb. Journ. Nov. — 17) Seigneux, R. de, De la présentation de la tête et du mécanisme de son engagement. Rev. méd. Suisse romande. Juin 20. — 18) Nicaise, M. E., De l'emphysème sous-cutané produit pendant l'accouchement. Bull. de l'Acad. de méd. Paris. Juin 2. — 19) Fabre, De la descente suspelvienne de la tête dans les présentations du sommet pendant le dernier mois de la grossesse. Lyon méd. 3. — 20) Puech, P., De quelques emplois du ballon de Champetier de Ribes. Nouv. Montpell. Méd. No. 15. — 21) Ekstein, E., Aseptisches geburtshülfliches Instrumentarium für practische Aerzte. Wiener klin. Wochenschr. No. 20. — 22) Peters, H., Zur Watteverpackung für geburtshülfliche Zwecke. Ebendas. No. 1. — 23) Embacher, F., Die Länge der Dauer der Geburt und ihr Einfluss auf das kindliche Leben. Diss.-Inaug. Königsberg. — 24) Hennemann, E., Die Niederkünfte Kreissender über 40 Jahre im Hinblick auf ihre Unregelmässigkeiten. Münchener Klinik. 1892—1894. — 25) Lehnerdt, A., Ueber die Geburtsverhältnisse im frühen Lebensalter nach Beobachtungen an der Königlichen Frauenklinik zu Königsberg i. Pr. Inaug.-Diss. Königsberg. — 26) Repkewitz, O., Geburten macerirter Früchte. Inaug.-Diss. Königsberg. — 27) Berghaus, W., Ueber Gesichts- und Stirnlagen. Inaug.-Diss. Berlin. — 28) Jungmann, B., Beitrag zur Behandlung der Gesichtslagen durch manuelle Umwandlung in Hinterhauptslagen. Arch. f. Gynäcol. Bd. 51. Heft 2. — 29) Kraus, O., Zur Therapie des Nabelschnurvorfalls bei Kopflage. Inaug.-Diss. Berlin. — 30) Mac Lean, K., Ueber Reposition bei Nabelschnurvorfall. Inaug.-Diss. Berlin. — 31) Kindler, E., Ueber Nabelschnur- und intrauterine Herzgeräusche. Inaug.-Diss. Berlin. — 32) Fengler, A., Ueber den Vorfall der Extremitäten bei Kopflagen. Inaug.-Diss. Greifswald. — 33) Boislinicre, L. Ch., Obstetrics accidents. London. — 34) Collins, M., Die schmerzlose Entbindung. Leipzig. — 35) Bukoëmsky, F. W., Ueber Anästhesirung durch Aether- und Chloroform-Inhalationen bei normalen Geburten. Monatsschr. f. Geburtshülfe. März. — 36) Guillermin, A., Diagnostic du travail de l'accouchement. Paris. — 37) Schäffer, O., Experimentelle Untersuchungen über die Wehenthätigkeit des menschlichen Uterus. Berlin und Centralbl. f. Gyn. No. 4. — 38) Derselbe, Pathologische Wehen und deren Behandlung. Ebendas. No. 5. — 39) Derselbe, Ein neues Haemostaticum für Gynäcologen und Geburtshelfer: Das Ferripyrin. Ebendas. No. 2. — 40) Flatau, S., Vagitus uterinus. Ebendas. No. 11. — 41) Maeé, Ein Fall von partiellem Hautemphysem, entstanden während der Austreibungsperiode. Gaz. méd. de Paris. No. 4. — 42) Ahlfeld, F., Perforation, Kaiserschnitt, künstliche Frühgeburt, spontane Geburt? Zeitschr. für pract. Aerzte. No. 21. — 43) Schnell, F., Ueber einen Fall von Gasblasen im Blut einer nach Tympania uteri gestorbenen Puerpera. Monatsschr. f. Geburtsh. September. — 44) Wendeler, P., Bemerkungen zu dem Aufsatze des Herrn Dr. F. Schnell: Ueber einen Fall von Gasblasen etc. Ebendas. Dec. — 45) Kehrer, Ueber Putrescenz der Frucht. Centralblatt f. Gyn. No. 42. — 46) Strassmann, P., Ueber die Geburt der Schultern und über Kleidotomie. Ebend. No. 44. (In 2 Fällen wurde, als nach vorausgegangener Perforation die vordere Schulter nicht zu entwickeln war, die Kleidotomie gemacht.) — 47) Holm, Th., Ueber Ursache, Verlauf und Therapie der hinteren und vorderen Scheitelbeineinstellung etc. Inaug.-Dissert. Marburg. — 48) Currier, F. A., The position or posture of the Patient during parturition, with special reference to the merits of the Walcher position. Med. News. March 7. — 49) Fothergill, W. E., Walchers position in parturition. Brit. med. Journ. Oct. 31. — 50) Wardin, A. A., Abdominal examination in pregnancy and labour: A critical estimate of its value. Glasgow Journ. Decbr.

Ahlfeld (1) hat sich in mehreren Arbeiten über die fieberhaften Erkrankungen des Wochenbetts und über Desinfection geäussert. In einer derselben sucht er nachzuweisen, dass die grossen Differenzen in den Morbiditätsstatistiken der einzelnen Gebäranstalten nur daher rühren, dass bei der Aufstellung dieser nicht einheitlich vorgegangen werde. Ablesen der Wärmegrade durch Wärterinnen oder gar Schülerinnen, Nichteinhalten einer bestimmten Zeit für die Temperaturmessung, zu kurze Dauer derselben, dazu die Nichtberücksichtigung des Entlassungstages und der Transferirten, das wären die Quellen, aus denen jene zahlreichen Fehler hervorgingen, die zu den grossen Differenzen in den Erkrankungsziffern der einzelnen Institute führten. Dass solche Fehler vorliegen müssen, will A. aus dem Contrast ersehen, der sich bei einzelnen Anstalten zwischen den Morbiditäts- und Mortalitätsprocenten zeigt. In Innsbruck und Dresden z. B. wären erstere gering, letztere verhältnissmässig hoch.

Schliesslich stellt A. die Behauptung auf, dass die geringfügigen Fieber der Wöchnerinnen in wohlgeleiteten Anstalten nur zum kleinsten Theil als Infectionsfälle, herbeigeführt durch mangelhafte Desinfection des Untersuchenden, sondern vielmehr als eine Form der puerperalen Selbstinfection aufzufassen sind. Präliminare Scheidendouchen seien im Stande, die Zahl dieser Fälle zu verringern.

Gegen diese Ausführungen wendet sich Fehling (2). Zwar stimmt er A. darin bei, dass bei exacter Temperaturmessung sich wohl durchschnittlich höhere Erkrankungsziffern ergeben werden. Indess kommen für die einzelnen Institute doch auch noch andere Factoren in Betracht, die die Unterschiede in der Morbiditätsstatistik erklären können, z. B. die Häufigkeit und Art des Untersuchens während der Geburt. Ferner würden in die Kliniken grösserer Städte viel mehr Gebärende schon fiebernd eingeliefert, wie in die kleinerer. Vor Allem sei aber daran festzuhalten, dass auch die zahlreichen kleineren Fiebersteigerungen ihr ursächliches Moment in einer Infection von Seiten des Untersuchenden haben. Auch mit vollkommen sterilem Finger können Keime, die zuvor im Genitalschlauch vorhanden gewesen waren, bei der Untersuchung in die Höhe gebracht und dort eingeimpft werden. Dass diese Gefahr durch prophylactische Scheidenausspülungen gemindert werden könne, bestreitet F.

Die von Ahlfeld (3) in einer früheren Arbeit erwiesene ausschlaggebende Bedeutung des Alcohols bei der Händedesinfection sucht der Autor durch die hohe bactericide Eigenschaft dieses Mittels zu erklären. Fürbringer's und Reinicke's Ansicht, die die Hauptwirkung des Alcohols in der fettlösenden Kraft sehen, widerlegt A. dadurch, dass er bei seinen Versuchen Aether benutzte und dann viel schlechtere Resultate erzielte, als wenn Spiritus gebraucht worden war. Die Behauptung Krönig's, der Alcohol tödte nicht die Bacterien, sondern in Folge seiner wasserentziehenden Eigenschaft bringe er die Epidermis zum Schrumpfen, so dass auf diese Weise die Microorganismen von derselben festgehalten würden, weist A. ebenfalls zurück, indem er dieses Moment in seinen Versuchen dadurch auszuschalten suchte, dass er die Hände nach der Alcoholwaschung für 5 Minuten in steriles Wasser brachte. Die Ergebnisse seiner mit Bacterienculturen und Alcohol angestellten Versuche sind: Die an den Händen vorkommenden gewöhnlichen Microorganismen, aber nur im angefeuchteten Zustande, ebenso virulente Streptococcen — nichtvirulente sind widerstandsfähiger — werden durch eine Minute langes Einwirken des Alcohols abgetödtet. Im Vertrauen auf die Zuverlässigkeit einer geeigneten Desinfection hält A. (4) die äussere Untersuchung Gebärender nicht für ausreichend, um alle die Vorkommnisse rechtzeitig zu erkennen, die für Mutter und Kind während des Geburtsactes verhängnissvoll werden können. Dazu sei dieselbe intra partum technisch schwer ausführbar und bei einiger Gründlichkeit nicht einmal ohne schädigenden Einfluss auf den Geburtsvorgang. Es liege kein Grund vor, die innere Untersuchung zurückzudrängen, da sie bei ausreichender Desinfection schadlos für die Gebärende benutzt werden könne.

An der Hand einer statistischen Zusammenstellung von 1024 Schädelgeburten aus der Königsberger Frauenklinik zeigt Embacher (23), wie unter sonst normalen Verhältnissen die Gefahr für das kindliche Leben mit der Länge der Geburtsdauer in geradem Verhältniss wächst. Die Geburten bei Knaben (übereinstimmend mit Poppel, Simpson u. A.) nehmen eine längere Zeit in Anspruch als bei Mädchen, und sind männliche Kinder im Allgemeinen mehr durch den Geburtsact gefährdet als weibliche. Eingangs der Abhandlung steht eine kritische Besprechung aller derjenigen Momente, die einen Einfluss auf den Lebensprocess des Kindes während der Geburtsarbeit ausüben.

Ebenfalls aus der Königsberger Klinik giebt Lehnerdt (25) eine statistische Uebersicht über 500 Geburten in frühen Lebensjahren (bis zum 20. Jahre incl.). Seine Resultate weichen von den von Münder gefundenen in einigen Punkten ab. So konnte er ein selteneres Vorkommen der Beckenendlagen im Verhältniss zu den Schädellagen nicht constatiren; es ist im Gegentheil seine Procentzahl höher als die im Allgemeinen gefundene. Ebenso konnte er die häufigere Nothwendigkeit der Perforation bei jungen Gebärenden nicht anerkennen. Im Gegensatz zu M. giebt er das Verhältniss der Mädchen- zu den Knabengeburten kleiner an als nach den allgemeinen Statistiken. Die Wochenbettsverhältnisse waren bezüglich der Morbidität nicht so günstig wie die von M. angegebenen.

Mit den Ergebnissen seiner an 80 Gebärenden aus der Baseler Klinik gemachten Beobachtungen über den Eintritt des Schädels in das Becken stellt sich Seigneux (17) mit den zur Zeit herrschenden Ansichten in auffälligen Gegensatz, indem er behauptet, dass die Präsentation des hinteren Scheitelbeines keineswegs anormal oder pathologisch sei, sondern dass sie bei Primiparen viel häufiger vorkomme als die Vorderscheitelbeineinstellung; bei Multiparen ist letztere häufiger. Der Eintritt geht bei der Hinterscheitelbeinstellung leicht vor sich, jedenfalls nicht unter grösserer Schwierigkeit, als wenn der Kopf mit der Nägeleschen Obliquität oder mit der Pfeilnaht in der Mitte sich einstellt, ausgenommen jene seltenen Fälle, in denen diese Einstellungsart mit hochgradiger Anteflexion des Uterus zusammenfällt. Bestimmend für die Entstehungsart der Einstellung sind nicht die Beckendurchmesser, sondern die Neigung der Uterusaxe zur Ebene des Beckeneinganges. Aus der Verschiebung der Seitenwandbeine des Neugeborenen gegen einander kann man noch nachträglich erkennen, mit welchem Scheitelbein sich der Kopf präsentirte, da das zuletzt eingetretene sich unter das andere unterschiebt.

In dem von Macé (41) berichteten Fall wurde bei einer Erstgebärenden in der Austreibungsperiode Hautemphysem am Halse, der linken Wange und der linken Brustseite bemerkt, nachdem kurz vorher ein heftiger Schmerz auf der linken Thoraxseite eingetreten war. Die Entstehung des Emphysems erklärt M. in der Weise, dass an der Stelle des gefühlten Schmerzes

Lungenbläschen geplatzt sind, die Luft unter die Pleura visceralis und von da nach dem Mediastinum und dem Halse vorgedrungen sei. Die Geburt wurde durch Forceps beendigt; das Emphysem war in 6 Tagen p. p. verschwunden.

b) Mehrfache Geburten.

1) Parrot, C., Ueber Geburten von Zwillingen in ungewöhnlich langen Zwischenräumen. Münch. med. Wochenschr. No. 3. — 2) Arenhövel, W., Ein interessantes Drillingsei. Ein Beitrag zur Frage der Nachempfängniss. Diss.-Inaug. Halle a. S. — 3) Knapp, L., Eineiige Zwillingsplacenta. Velamentöse Insertion. Verblutung beider Früchte unter der Geburt. Arch. f. Gynäk. Bd. 51. H. 3. — 4) Gottschalk, S., Zur Lehre von den Placentarverhältnissen und den placentaren Gefässverbindungen eineiiger Zwillinge. Ebendas. — 5) Tigges, W., Die Zwillingsgeburten der Marburger Klinik. Diss.-Inaug. Marburg. — 6) Gottschalk, Eineiige Zwillingsplacenta mit Polyhydramnios des normal entwickelten Kindes, Oligohydr. d. ödematösen Kindes. Zeitschr. f. Gynäk. Bd. 34. S. 289. — 7) Goldberger, H., Seltene Zwillingsfrüchte a. congenitale Hautdefecte an d. ausgetrag. Kinde b. Foetus papyraceus. Centralbl. f. Gyn. No. 30. — 8) Gersuhn, M., Ueber zwei Drillingsgeburten. Ebend. No. 52. — 9) Eleuterescu, P., Des processes multiples univitellines et bivitellines. Paris. — 10) Ahlfeld, F., Zur Diagnose der Zwillingsschwangerschaft. Zeitschr. f. Gynäk. Bd. 35. H. 2. — 11) Levy, H., Ein Fall von Zwillingsabort. Frauenarzt. H. 9.

In dem von Knapp (3) beobachteten Fall verbluteten sich beide Zwillingsfrüchte unter der Geburt dadurch, dass bei velamentöser Insertion der Nabelschnur der zuerst vorliegenden Frucht die Blase gerade an einer Stelle sprang, wo die grossen Gefässe bereits getrennt zum Mutterkuchen verliefen. Es soll nach K.'s Vorschlage, sobald die Diagnose auf Vasa funiculi umbilicalis praevia gestellt ist, der Blasensprung möglichst lange hintangehalten und nach demselben, wenn eine Blutung die Zerreissung der Gefässe anzeigt, im Interesse des kindl. Lebens schnell die Entbindung vorgenommen werden. Ist dieselbe nicht möglich, so soll die Scheide tamponirt werden, zumal letzteres immer am Platze ist, wenn wegen irgend welcher Blutung aus dem Uterus ein vorbereitendes und geburtsförderndes Verfahren angezeigt erscheint. Eventuell sind Dührssen'sche Incisionen zu machen.

Ahlfeld (10) empfiehlt von neuem zur Erkennung einer Zwillingsschwangerschaft, wenn möglich, die Methode des gleichzeitigen Auscultirens zweier Personen, im andern Falle die abwechselnde Auscultation vorzunehmen, um eine Differenz der Frequenz der Fötaltöne constatiren zu können. In manchen Fällen kann die rechtzeitige Diagnose einer Zwillingsschwangerschaft im Interesse von Mutter und Kind bez. Kindern von grosser Wichtigkeit sein u. A. berichtet von einem solchen Fall. Bei einer Frau mit einer Conj. v. von 7,5 cm sollte die künstliche Frühgeburt eingeleitet werden. Die Diagnose auf Gemelli wurde vornehmlich durch A.'s Verfahren gestützt. Bei einer Fehldiagnose wären die Früchte wahrscheinlich verloren gewesen, während bei der Mutter ein das Leben bedrohender Geburtseingriff hätte unternommen werden müssen.

II. Pathologie.

a) Becken.

1) Waldeyer, Die Lendenraute und die Kreuzraute. Zeitschr. f. Gynäk. Bd. 35. S. 299. — 1a) Dohrn, R., Ueb. zweckmässige Eintheilung fehlerhafter Becken. Centrabl. f. Gyn. No. 16. — 2) Römer, P., Zur Anthropologie des Beckens. Diss.-Inaug. Halle. — 3) Arcangeli, U., Sulla cura dell' osteomalacia. Bullet. della Soc. Lancisiana XV. I. — 4) Allison, T. M., A case of osteomalacia treated with much benefit by bone marrow. Edinb. Journ. May. — 5) Ritchie, R., Osteomalacia with a discussion of its aetiology and treatment. Ebendas. May. — 6) Neumann, J., Ein Fall von Kyphosis lumbalis. Wiener med. Wochenschr. No. 8. — 7) Ekstein, E., Ueber den Einfluss der Castration auf die Osteomalacie. Prag. med. Wochenschr. No. 1. — 8) Braun von Fernwald, R., Ein Beitrag zur Kenntniss des spondylolisthetischen Beckens. Arch. f. Gynäk. Bd. 52. H. 1. — 9) Neumann, S., Weitere Untersuchungen über d. Stoffwechselverhältnisse des Calciums, Magnesiums, der Phosphorsäure und des Nitrogens bei puerperaler Osteomalacie, mit besonderer Rücksicht auf die durch die Castration und andere therapeutische Eingriffe verursachten Veränderungen des Stoffwechsels. Ebendas. — 10) Salus, H., Ueber einen Fall von schrägverengtem Becken, bedingt durch Ankylose im Ileosacralgelenke mit gleichzeitiger Hüftgelenksluxation derselben Seite. Entbindung durch Kaiserschnitt. Ebendas. — 11) Knapp, L., Bericht über 105 Geburten bei engem Becken aus den Jahren 1891—1895. Ebendas. H. 3. — 12) Jellinghaus, Ein neuer klinisch beobachteter Fall von Spondylolisthesis. Ebendas. Bd. 52. H. 2. — 13) Savor, R., Ueber Beckenneigung. Ebendas. Bd. 51. H. 2. — 14) Peters, H., Ein Beitrag zur Lehre des coxalgischen Beckens und der Synostose des Ileosacralgelenkes. Ebendas. Bd. 50. H. 3. — 15) Uhl, F., Beitrag zur Beckenmessung nach Skutsch. Diss.-Inaug. Jena. — 16) Richelet, J., Du bassin généralement rétréci au point de vue obstétrical. Paris. — 17) Steltner, E., Ein Geburtsfall bei kyphotischem Becken mit hochgradigem Hängebauch bei einer I-para. Centralbl. f. Gyn. No. 7. — 18) Braun, R. v., Thyreoidin bei Beckenenge. Ebendas. No. 27. — 19) Bruideau, A., Du détroit moyen au point de vue obstétrical. Paris. Soc. d'édit. sc. — 20) Ahlfeld, F., Ein Apparat zur Fixirung skelettirter Becken. Monatsschr. f. Geburtsh. Jan. — 21) Thorn, W., Zur Casuistik der Castration bei Osteomalacie. Centralblatt f. Gynäk. No. 41. — 22) Löhlein, H., Ueber manuelle Beckenschätzung. Ebendas. — 23) Klien, R., Die geburtshülfliche Bedeutung der Verengerungen des Beckenausganges, insbesondere des Trichterbeckens. Samml. klin. Vorträge. No. 169. — 24) Walthard, M., Ueber das zu enge Becken in den verschiedenen Ländern und Ländergruppen in Bezug auf deren Frequenz etc. Bericht vom internat. Gynäkologencongr. Genf. Centralbl. f. Gynäk. No. 43. — 25) Schudt, E., Ein Beitrag zur Lehre vom Trichterbecken. Diss.-Inaug. Marburg. — 26) Denecke, H., Ueber das Verhalten der Kalk- und Phosphorsäureausscheidung im Harn Osteomalacischer vor und nach d. Castration. Diss.-Inaug. Würzburg. — 27) Breidthardt, B., Zwei Fälle von Castration bei Osteomalacie. Diss.-Inaug. Kiel. — 28) Klein, J., Die Entwicklung des weiblichen Beckens vom neugeborenen bis zum ausgewachsenen Zustande, hauptsächlich in Bezug auf seine normalen Functionen. Strassburg.

Dohrn (1a) weist auf die Schwierigkeit der Gruppirung fehlerhafter Becken hin. Zwei Wege gebe es, die Eintheilung nach der Form und nach der Genese. Letztere ist nicht möglich, solange uns die Einsicht in

die Entstehung einzelner Beckenanomalien noch vollkommen fehlt. Im Anschluss an Litzmann giebt D. eine Eintheilung, wobei die Hauptgruppen nach der Form, die Unterabtheilungen, soweit das geschehen konnte, nach ihrer Genese geordnet sind.

Nach Walthard's (24) Referat vom Genfer Congress scheint die grosse Sammelforschung über das enge Becken ziemlich resultatlos verlaufen zu sein, sodass die Versammlung beschlossen hat, die ungenügend vorbereitete Frage noch einmal nach ganz bestimmten Principien zu behandeln. Mit Recht macht Latzko auf die Mängel der Zusammenstellungen: die geringe Zahl der Geburtsfälle, aus denen die engen Becken extrahirt sind, auf die grosse Verschiedenheit in den Zeitabschnitten, denen die Geburtszahlen entnommen sind, auf die ungenügende Art der Messung aufmerksam. Zu verwerthbaren Resultaten könne man nur dann kommen, wenn angegeben wird, unter welchen Umständen die Schwangeren aufgenommen und wie die Messungen ausgeführt wurden. Nur von 3 Autoren, Dohrn für Deutschland, Fochier für Lyon und Umgebung, Pestalozza für Italien, wird die Frequenz der verengten Becken fast vollkommen übereinstimmend zwischen 18—20 pCt. angegeben; die übrigen bleiben in ihren Zahlen weit dahinter zurück, so fand Barnes für London nur 0,5 pCt. Die Erfüllung der Forderungen L.'s vermissen wir auch in der Arbeit von Knapp (11). Er erhält für Böhmen eine Frequenz verengter Becken von nur 3 pCt., während im benachbarten Sachsen nach der Statistik von Franke aus der Leopold'schen Klinik 24,3 pCt. angegeben werden. Im Widerspruch mit dieser geringen Frequenz scheint eine Bemerkung des Verf.'s zu stehen, dass nämlich die Rachitis der weiblichen Bevölkerung in Böhmen ein keineswegs seltenes Leiden darstellt. Auffällig ist ferner die grosse Zahl der osteomalacischen Becken. Unter 105 verengten Becken sind 8 osteomalacische verzeichnet.

Ekstein (7) machte in 2 Fällen mit vorgeschrittener Osteomalacie die Castration mit vollem Erfolg; in 2 leichteren Fällen trat wesentliche Besserung nach einer Thermalcur ein. Der Einfluss der Function der Ovarien auf den Symptomencomplex trat dadurch deutlich hervor, dass mit Beginn der Menstruation regelmässig eine Exacerbation der Schmerzen sich einstellte. Nur in 1 Fall (40jähr. Nullipara, bei der an eine regressive Veränderung der Eierstöcke gedacht werden konnte) fiel dieses Symptom aus. Zwei Pat. waren Nulliparae.

Die von Salus (10) gemachte Beobachtung ist ein sehr interessanter Fall von asymmetrischer, schräger Beckenverengerung, hervorgerufen durch eine Ankylose des Iliosacralgelenks; daneben bestand eine, wahrscheinlich in der Kindheit acquirte Hüftgelenksluxation auf derselben Seite. Die andere Beckenhälfte zeigte fast normale Verhältnisse.

Jellinghaus (12) beschreibt einen Fall von Spondylolisthesis bei einer Frau, die schon in ihrem Habitus diese Beckendeformation vermuthen liess. Die stricte Diagnose konnte jedoch erst im Wochenbett durch die innere Untersuchung, auf die Verf. den Hauptwerth legt, gestellt werden. Dabei finden sich alle characteristischen von Hüter und Breisky angegebenen Zeichen. Auch die Aortenbifurcation (Olshausen) wurde deutlich gefühlt. Die Beweglichkeit der Beckengelenke und der Lendenwirbelsäule (Schauta) wurde vermisst. Aetiologisch konnte ein Trauma nicht eruirt werden und ist J. geneigt die ersten Anfänge des Processes in die früheste Kindheit, vielleicht selbst in das uterine Leben (Ossificationsdefect) zu verlegen. Die Geburt erfolgte frühzeitig ohne Schwierigkeit. J. räth in solchen Fällen zur künstlichen Frühgeburt. Ueber einen bezüglich der klinischen Erscheinungen sich ganz ähnlich verhaltenden Fall berichtet Braun (8). Hier konnten die diagnostischen Details durch die vorgenommene Sectio caesarea direct controlirt werden. Dabei zeigte sich der letzte Lumbalwirbelkörper an der Vorderfläche des Kreuzbeins bis zur Verbindung des 2. und 3. Sacralwirbels herabgeglitten. Die Entstehung des Beckenfehlers wird auf ein Trauma in der Pubertät zurückgeführt.

Vermittelst eines von Chrobak construirten Apparats hat Savor (13) an skelettirten Becken den Neigungswinkel der Conj. ext. und den der Conj. v. zur Horizontalen gemessen. Die Differenz zwischen beiden Winkeln betrug im Mittel $5^1/_4{}^0$ (die Neigung der C. v. stärker als die der ext.). Ist der Neigungswinkel der C. ext. bekannt — und diesen kann man durch denselben Apparat auch an der Lebenden messen — so erhält man mittelst dieser Differenz auch den Neigungswinkel der C. v. Diese Differenz gilt jedoch nur für das normale Becken; beim rachitischen ist dieselbe fast gleich 0, in allen anderen Fällen vergrössert.

Löhlein (22) weist darauf hin, dass in der allgemeinen Praxis die Beckenmessung sehr vernachlässigt werde, ja meist ein Tasterzirkel gar nicht zur Hand sei. Das Uebersehen einer nennenswerthen Beckenverengerung könne aber durch ein genaues Aus- und Abtasten des Beckens vermieden werden. Man könne dadurch bei einiger Uebung zu einer ganz brauchbaren Schätzung der Beckenmaasse gelangen. Die Dist. spin. wird geschätzt, indem die Spitze des kleinen Fingers fest auf eine Spina a. s. aufgesetzt und nun die Hand kräftigst gespreizt wird — die Spannweite der Hand muss bekannt sein. Das besonders wichtige Verhältniss der Cristae zu den Spinae wird festgestellt, indem beide Hände dem Bogen des Darmbeinkammes fest angepresst werden. Man kann dasselbe auch ziffernmässig abschätzen, wenn man die Daumenspitzen den Spinae, die Zeigefingerspitzen den äussersten Punkten der Cristae fest andrückt und die den Spinae entsprechenden Punkte auf die Verbindungslinie der Cristae projicirt. Für die Conj. ext., die ohne Zirkel nicht aufgenommen werden könne, tritt die Conj. diag., mit dem Bandmaass abgenommen, ein.

[Kosminski, Ueber puerperale Knochenerweichung mit Berücksichtigung der Phosphor-Therapie. Przeglad lekarski. No. 46—50.

13 Fälle von schwerer Osteomalacie wurden mit Phosphor behandelt. Die Dosis wurde bis auf 0,01 pro die gesteigert, ohne dass trotz längerer Verabfolgung derselben üble Folgen hiervon beobachtet worden wären.

Die Behandlung dauerte 6—18 Monate. Die Resultate waren zumeist günstig, da zuvor ans Bett gefesselte Pat. sich frei bewegen und ihre tägliche Arbeit verrichten konnten. Zwei der mit Phosphor geheilten Fälle waren zuvor ohne Erfolg castrirt worden. Bei anderen zweien blieb eine neuerliche Schwangerschaft ohne Einfluss auf das Knochensystem, sodass dieselben als vollständig geheilt zu betrachten sind. K. plaidirt auf Grund seiner eigenen Erfahrung für Darreichung grosser Phosphorgaben längere Zeit hindurch und zwar zusammen mit Oleum jecoris aselli. Für einzelne Fälle hält er neben dieser Medication auch noch die Castration für indicirt. **Kosminski** (Krakau).

Walter, K. A., Einige Fälle von weniger gewöhnlicher Beckenverengerung. Göteborgs Läkareförenings Förhandlingar. 1895. p. 21—27.

1. 27jähr. Erstgeb. Im 2. Lebensjahre linksseitige Hüftgelenksentzündung mit nachfolgender Atrophie der linken Unterextremität. Schrägverengtes coxalgisches Becken, und zwar die Abplattung auf der linken Seite; Schiefstellung der Gebärmutter. Gesichtslage mit nach links gerichtetem Kinn; Umwandlung in Hinterhauptslage mit in die Scheide eingeführter Hand. Forceps dreimal (!) angelegt. Die ungewöhnliche Abplattung auf der linken (kranken) Seite, ohne Ankylose im Ileosacralgelenk erklärt W. dadurch, dass das Kind so lange das Bett gehütet hatte, bis die Coxitis ausgeheilt war.

2. Becken mit Fractur des Ramus horizontalis oss. pub. — Exostose. Nach der Verletzung zwei Geburten durch Wendung und Perforation des nachfolgenden Kopfes beendigt. In der 35. Woche künstl. Frühgeb., Spontangeburt eines 1700 g schweren Kindes.

3. Trichterbecken. Dis. spin. = 23, Dis. cr. = 28, C. ext. = 15,5, C. diag. = 11, Dist. tub. ischii = 7 cm. Mit Forceps ein 3700 g wiegendes Kind entwickelt. W. glaubt in diesem Fall eine Verschiebung der Tub. ischii nach aussen, als Folge einer Hebelwirkung auf die (hohen) Seitenwandbeine annehmen zu müssen.

4. Allgemeinverengtes plattes, nicht rachitisches Becken. D. sp. = 21, D. crist. = 25, C. ext. = 17, C. diag. = 10 cm. Mit hoher Zange ein lebendes, 3300 g schweres Kind extrahirt. **A. Fr. Eklund** (Stockholm).]

b) Mütterliche Weichtheile.

1) Coromilas, G., Technique of the Dilatation of the perineum in Labour. Edinb. Journ. Aug. — 2) Márer, J., Circuläres, nahezu totales Abreissen der Vagina. Allg. Wien. med. Ztg. No. 37. — 3) Gottschalk, S., Ueber eine mit vorzeitiger Contraction des inneren Muttermundes vergesellschaftete besondere Form der Nachgeburtsverhaltung bei rechtzeitigen Geburten. Berl. klin. Wochenschr. Mai 25. — 4) Meyer, C., Beitrag zur operativen Eröffnung des Muttermundes unter der Geburt. Schweizer Correspondenzbl. No. 9. — 5) Köstlin, R., Schwangerschaft bei fast vollständigem Verschluss des Hymens, complicirt mit Nephritis und vorzeitiger Lösung der normalsitzenden Placenta. Münch. med. Wochenschr. No. 47. — 6) Lingmont, W., En Geval van oedema acutum cervicis uteri gravidi. Weekblad. Mai 30. — 7) Parcles, W. H., An unusual complication of Labor. Philad. Rep. Jan. 25. — 8) Beckmann, W., Schwangerschaft und Geburt bei Uterus duplex septus seu bilocularis und Vagina septa. Petersb. med. Wochenschr. No. 40. — 9) Giles, A., A case of uterus didelphys with observations on the clinical importance of this malformation. Obstetric. Transact. p. 301. — 10) Wendling, Uterus didelphys. Wiederholte Hämatometra des einen Uterus mit Hämatocolpos und zweimalige Graviditas des zweiten Uterus. Wien. klin. Wochenschr. No. 2. — 11) Hochl, M., Ueber zwei Formen von typisch localisirter angeborener Verengerung der Vagina. Diss. Inaug. Greifswald. — 12) Pöhlig, W., Ueber die Bedeutung des Cervixcarcinoms als Geburtshinderniss. Diss. Inaug. Berlin. — 13) Kettner, Th., Ein Fall von Uterus duplex bicornis cum vagina septa mit Gravidität. Diss. Inaug. Berlin. — 14) Patellani, S., Noch ein Fall von einer supernumerären Brustwarze beim menschl. Weibe. Ctrlbl. f. Gyn. No. 17. — 15) Condamin, R., Deux cas de grossesse et d'accouchement normal après l'hysteropexie abdominale antérieure. Lyon méd. No. 8. p. 437. — 16) Grusdew, W. S., Zur Statistik der Geburten nach Antefixatio uteri. Münch. med. Wochenschr. No. 46. — 17) Noble, C. P., Suspensio uteri with reference to its influence upon pregnancy and Labour. Amer. Journ. of Obstetrics. No. 2. — 18) Scholtze, E., Gravidität bei Ventrofixatio und Vaginofixatio uteri retroflexi. Diss. Inaug. Greifswald. — 19) Schultz, Fr. K., Ueber Schwangerschafts- und Geburtsstörungen bei antefixirtem Uterus. Diss. Inaug. Greifswald. — 20) Strassmann, P., Zur Kenntniss des Schwangerschafts- und Geburtsverlaufes bei antefixirtem Uterus. Arch. f. Gyn. Bd. 50. H. 3. — 21) Wertheim, E., Ueber Verlauf von Geburt und Schwangerschaft bei vaginofixirtem Uterus. Centralbl. f. Gyn. No. 2. — 22) Rühl, W., Ueber die Behandlung der Geburtsstörungen nach vaginaler Fixation. Ebendas. No. 6. — 23) Guérard, A. H. v., Cöliotomie bei Geburtsstörung nach Ventrifixur. Ebendas. No. 20. — 24) Dührssen, A., Ueber die Geburtsstörungen nach Vaginofixation, ihre Bedeutung, Behandlung und Verhütung. Berl. klin. Wochenschr. No. 13. — 25) Stocker, S., Ueber den Einfluss der Alexanderoperation auf die Geburt einerseits und die Wirkung von Schwangerschaft und Geburt auf die Alexanderoperation andererseits. Centralbl. f. Gyn. No. 21. — 26) Gessner, Geburtsbeobachtungen bei antefixirtem Uterus. Zeitschr. f. Gyn. Bd. 35. S. 455. — 27) Teuffel, R., Beitrag zur Lehre von der Schwangerschaft bei abnorm fixirtem Uterus. Monatsschr. f. Geburtsh. März. — 28) Lindfors, A. O., Fall von primärem Uterusprolaps — Ventrofixation nach modificirter Methode — Gravidität mit glücklichem Verlauf (Zwillinge). Centralbl. f. Gyn. No. 24.

Grusdew (16) hat 190 Fälle von Antefixatio uteri aus der Kieler Klinik zusammengestellt, und zwar wurde bei 86 Kranken die Ventro- resp. Vesico- oder Ventrovesicofixation, bei 54 die Alexander'sche Operation und bei 50 die Vaginofixation nach Mackenrodt bezw. Dührssen ausgeführt. Aus der ersten Gruppe concipirten nach der Operation 4, aus der zweiten 15 und von den Vaginofixirten 4 Pat. ein oder mehrere Male, so dass im Ganzen 31 Schwangerschaften zur Beobachtung kamen. Alle 4 Schwangerschaften nach der Ventrovesicofixation verliefen ohne Abnormitäten, nur in einem Falle mässige Blasenbeschwerden. 2 von diesen Schwangerschaften endigten mit ganz normalen Geburten, 2 dauerten z. Z. noch fort. Von den nach der Alexander'schen Operation beobachteten 23 Schwangerschaften endigten 2 mit Aborten, 3 mit Frühgeburten, 18 mit rechtzeitigen Geburten. In einem Theil dieser Schwangerschaften bestanden Schmerzen in den Operationsnarben. Bei 3 nach Mackenrodt operirten Frauen verliefen sowohl die Schwangerschaften wie auch die Geburten normal. Die Patientin, welche nach der Dührssen'schen Methode vaginofixirt war und concipirte, bekam im 2. Schwangerschaftsmonat ein Recidiv und als Folge davon Abortus. Nach der Geburt war der Uterus 1 mal retroflectirt (Mackenrodt'sche Methode), 1 mal retrovertirt (Alexander'sche Operation).

Verf. kommt zu dem Schluss, dass im Allgemeinen bei keiner der angewandten Methoden Schwangerschafts- und Geburtsstörungen zu fürchten sind, wenn bei der Operation auf die Möglichkeit einer späteren Conception gebührende Rücksicht genommen werde. Was besonders die in der letzten Zeit so vielfach berichteten, schweren mechanischen Geburtsstörungen bei der Vaginofixation betreffe, so beruhen dieselben erstens auf der Entwickelungshemmung, welche in der Schwangerschaft die vordere, zu breit und fest mit der Vagina vereinigte Uteruswand erleidet, und zweitens auf abnorm excentrischer Stellung (Retroposition) der Portio. Daher solle nicht der Fundus uteri selbst, sondern der obere Theil der vorderen Wand an die Scheide befestigt werden. Aus demselben Grunde räth G. auch den Dührssen'schen Querschnitt nicht sagittal, sondern frontal zu vernähen. Die für die Schwangerschaft ungefährlichste Methode der Antefixation ist die Alexander'sche Operation.

Lindfors (28) nähte bei einer Frau, bei der wegen Gebärmuttervorfall die Colpoperineorrhaphie vergeblich gemacht war, den Uterus in die Bauchwunde, nachdem von der Vorderwand das Peritoneum theilweise abpräparirt war. Als Unterstützung wurde nach Lawson-Tait die Dammplastik gemacht. Die darauf folgende Geburt verlief ohne Complication bezüglich der Fixation der Gebärmutter.

[Esmann, V., Ueber den Verlauf der Geburt bei angeborenen und erworbenen (cicatriciellen) Verengerungen in der Vagina. Dissert. Kopenhagen.

Unter 54 327 Geburten des Gebärhauses (1850—92) fand Esmann 22 Fälle, in denen die Vagina oder das Hymen die Geburt complicirt hatten. Aus der Literatur sind dazu noch 204 Fälle gesammelt worden. Nur solche Beobachtungen sind berücksichtigt, in denen die Verengerungen in Vagina angeboren oder durch cicatricielle Processe erworben waren, ebenso solche Fälle, in denen das Hymen ein Hinderniss abgegeben hat. Verf. geht näher auf die Genese der Verengerungen ein und behandelt weitläufig den Verlauf der Geburt und die Behandlung derselben. In 58 Fällen wurden longitudinale Septa und in 53 Fällen transversal verlaufende Membranen gefunden; 9 mal kam persistirendes Hymen und 5 mal angeborene Stenose der Vagina vor: cicatricielle Verengerungen wurden in 102 Fällen gefunden. **F. Nyrop** (Kopenhagen.)

Switalski, L., Ueber die Verwendung des Cautschukballons in der Geburtshilfe. Przegl. lekarski. No. 34. 35. (Intrauterine Colpeuryse behufs Erweiterung des Gebärmutterhalses wird empfohlen.
Kosminski (Krakau).]

e) Rupturen und Inversionen.

1) Fowler, G., A case of inversio uteri. Lancet. July 25. — 2) Bünting, O., Ein Fall von Inversio uteri completa in der Landpraxis. Deutsche med. Wochenschr. No. 7. — 3) Hink, Ein Fall von Inversio uteri post partum. Centralbl. f. Gyn. No. 27. — 4) Haberda, Dasselbe. Ebendas. S. 723. — 5) Braun, R. v., Ein Fall von Uterusruptur. Ebendas. S. 721. — 6) Riper, C. S., A case of traumatic rupture of uterus, with laceration and strangulation of small intestines: Operation. Recovery Med. news. Aug. 22. — 7) Tighe, J. B., A case of rupture of the uterus. Dublin journ. March. — 8) Cullingworth, Two cases illustrating some of the more severe complications of parturition. Lancet. Sept. 26. — 9) Roberts, C. H., Two cases of rupture of the uterus. Lancet. Dec. 19. — 10) Reynolds, E., A case of spontaneous rupture of the uterus. Boston journ. Jan. 16. — 11) Neumann, A., Kann Uterusruptur durch plötzlichen Blasensprung bei Hydramnios zu Stande kommen? Deutsche med. Woch. Oct. 22. — 12) Pfleiderer, R., Ein Fall von Uterusruptur bei einer Erstgebärenden. Memorab. Bd. L. 5. — 13) Spannocchi, T., Rottura di utero in travaglio del parto. Raccoglitore med. 20. IV. — 14) Rode, Geheilter Fall von Gebärmutterriss. Münch. med Wochenschr. No. 8. — 15) Burger, F., Ein Fall von Ruptura uteri. Ebendas. No. 25. — 16) Currier, J. M., Pregnancies following complete laceration of the perineum. Philad. Rep. June 20. — 17) Sitzinski, A., Partus per rupturam perinei centralem. Centralbl. f. Gyn. No. 8. — 18) Brudujak, Ueber die Anwendung des Colpeurynters bei Inversio uteri. Diss.-Inaug. St. Petersburg. — 19) Arndt, C., Uterusruptur nach Wendung. Porro-Operation mit glücklichem Ausgang. Centralbl. f. Gyn. No. 24. — 20) Heinricius, G., Ruptura uteri sub partu. Amputatio uteri supravaginalis. Ebendas. No. 41. — 21) Weil, J., Spontanruptur des graviden Hornes bei Uterus bicornis im 9. Schwangerschanftsmonat mit tödtlichem Ausgang. Ebendas. No. 46. — 22) Jakobi, H. A., Casuistische Mittheilungen über einige seltene Fälle von Zerreissung der weichen Geburtswege. (Würzburg) Essen. — 23) Mc Evit, J., Rupture of the Uterus. New-York med. rec. Aug. 1. — 24) Apfelstedt, Die Naht frischer Dammrisse. Münch. med. Wochenschr. No. 25. — 25) Switalsky, V., Ueber Geburtsverletzungen der Vulva und Operationen bei completem Dammriss. Diss.-Inaug. Halle. — 26) Garrigues, H. J., Colpoperineorrhaphy. Med. News. May 30.

Neumann (11) bekämpft die Auffassung Freund's, dass der plötzliche Blasensprung bei Hydramnion die Gebärmutter zum Platzen bringen könne. Grade die gegentheilige Wirkung müsse durch Sinken des Uterusinnendruckes hervorgerufen werden. F. hält an seiner Hypothese fest und weist auf Analogien des Berstens tubarer und anderer Verschlüsse bei plötzlichem Eröffnen derselben hin.

Einen sehr merkwürdigen Fall von spontaner Uterusruptur beschreibt Weil (21). Eine Frau mit Uterus bicornis hatte 3 Schwangerschaften durchgemacht, 1 Abort, 1 rechtzeitige Steisslage und 1 Frühgeburt (Gravidität im linken Horn). Bei der 4. Schwangerschaft war das Ei im rechten Horn zur Entwicklung gekommen. Im letzten Monat trat ohne jede äussere Veranlassung und vor Beginn der Wehenthätigkeit eine Ruptur des schwangeren Horns ein, der die Frau erlag. W. weist darauf hin, dass die bis jetzt herrschende Auffassung von der relativen Harmlosigkeit der Doppelbildungen im Bereich des Genitalsystems in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt einer neuen Prüfung bedarf.

Mc Evit (23) empfiehlt bei Uterusruptur im Allgemeinen die Tamponade. Muss Laparotomie gemacht werden, so verbindet er mit derselben zugleich die Exstirpation der Gebärmutter, wenn der Riss sehr unregelmässig, oder besonders wenn bereits Sepsis eingetreten ist.

Bünting (2) glaubt in einem Fall die Entstehung der Inversio uteri darauf zurückführen zu dürfen, dass die Halbentbundene, als sie von einer Blutung über-

rascht wurde, im Zimmer stundenlang hin und her gelaufen ist bis zur Ankunft der Hebamme. Durch die Schwere der Plac. sei bei der durch grossen Blutverlust sehr geschwächten Frau der Uterus invertirt worden. Bei der vorsichtigen Ausführung des Credé'schen Handgriffs trat letztere vor die Vulva.

Apfelstedt (24) giebt eine beachtenswerthe Modification der bisher üblichen Operationsmethoden frischer (insbesondere totaler) Dammrisse an. Nach dem Vorbilde des L. Tait'schen Operationsverfahrens bei veralteten Perinealrupturen sollen sowohl die Mastdarm- wie auch die Scheidennähte in Wegfall kommen, weil sie einmal die hier an sich schon ungünstigen Circulationsverhältnisse nach verschlechtern und zweitens weil die Stichkanäle eher den Inhalt des Vaginal- und Rectalrohres in die Wunde hineinleiten als, wie man es wünscht, dagegen abschliessen. Alle Suturen sollen in den Damm auslaufen u. z. in der Weise, dass die beiden Enden eines mit 2 Nadeln armirten Fadens vom obern Wundwinkel aus auf beiden Seiten unter Mitfassen von möglichst viel Gewebe nach dem Perineum hingeführt werden. Diese Methode wird von Switalsky (25) einer Kritik unterzogen, in der gezeigt wird, dass auch dieses Verfahren die der sonst üblichen Nahtlegung nachgesagten Fehler nicht umgeht. Unter Zugrundelegung einer Statistik aus der Hallenser Klinik über Operationen bei completen frischen und veralteten Dammrissen, bei denen durchgängig die Methode der triangulären Anfrischung resp. Naht nach Simon-Hegar, bei frischen Rupturen Knopfnähte der Scheiden-, Rectal- und Perinealwunde zur Anwendung gelangten, und nach 3 derlei Versuchen am Phantom werden dieser Methode besondere Vortheile nicht zuerkannt. (Dies absprechende Urtheil scheint nicht ganz gerechtfertigt, denn dass jenem von S. angeführten Operationsverfahren thatsächlich Mängel anhaften, dafür sprechen die ungleich zuverlässigeren Resultate in der Dammplastik seit Einführung der Lawson-Tait-Operation. Ref.)

[1) Neumann, P., Ein Fall von Inversio uteri incompleta mit letalem Ausgang. Göteborgs Läkaresällskapets förhandlingar. 1895. p. 44—48. — 2) Josephson, C. D., Ueber Inversio uteri. Hygiea. LVIII. 7. p. 55.

Neumann (1). 26jährige Erstgeb., seit 18 Stunden krampfhafte Wehen. Impression am Uterus oberhalb des Beckeingangs von der Ausdehnung einer geballten Faust. 8 Stunden darauf Spontangeburt. Unmittelbar danach verzerrte Gesichtszüge, Hin- und Herwerfen des Oberkörpers, Unruhe, heftige Schmerzen im Leibe. Lebensgefährliche Blutung, der Uterus invertirt in der Scheide, die Plac. fest anhaftend. Letztere gelöst, Repositionsversuch misslang; Collaps, Tod. Das Zustandekommen der Inversion erklärt sich Verf. in folgender Weise. Die Nabelschnur war in ihrer ganzen Länge um die Frucht geschlungen und ging über die eine Achsel aufwärts zur Plac. Als die Frucht nach unten getrieben wurde, musste ein Zug an der der Uteruswand fest adhärirenden Plac. ausgeübt werden. In Folge dessen die Impression während der Geburt.

Die Principien für die Behandlung der Inversio uteri fasst Josephson (2) in folgende Sätze zusammen: 1. Die acute puerperale Inversion muss mittelst geschwinde ausgeführter und energischer Eingriffe manuell reponirt werden. 2. Wenn die Reposition misslingt, wird bei profuser Blutung eine Schlinge um den Uterushals gelegt; nach einigen Stunden Abnahme derselben und erneute Repositionsversuche. War die Blutung unbedeutend, keine Striction sondern Tamponade. 3. Während der ersten Tage des Puerperiums vorsichtige Repositionsversuche in Narcose. Des weiteren Abwarten der Involution und Repositionsversuche mittelst Colpeurynters, mit Jodoformgazetamponade combinirt. Dies Verfahren auch bei sehr alten Inversionen. 4. Wenn die Reposition nicht ausführbar, wird Küstner's Operationsmethode versucht; misslingt auch diese, Amputation oder besser Totalexstirpation des Uterus. Letztere Operation musste J. in zwei Fällen ausführen, beide Male glücklicher Ausgang.

A. Fr. Eklund (Stockholm).

Saks, J., Ein Fall von completem Prolaps des invertirten puerperalen Uterus. Gazeta lekarska. (Die Inversion entstand durch starken Druck auf die Bauchdecken und starkes Drängen der Gebärenden. Der letale Ausgang wird durch allgemeinen Shock erklärt in Folge Reizung der Unterleibsorgane.)

Kosminski (Krakau).

Krajewski, W. N., Ein Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Uterusruptur intra partum. Przeglad chirurgiczny. Bd. III. H. 1.

Vernachlässigte Querlage, Ruptur des rechten Scheidengewölbes, der Cervix und Collum uteri. Ausser Blutung nach aussen ein retroperitoneales Hämatom vom Poupart'schen Bande bis zur 11. Rippe reichend. Tamponade nutzlos. Von K. wurde der Bardenheuer-sche extraperitoneale Schnitt ähnlich wie zur Unterbindung der A. il. com. bez. der Aorta ausgeführt. Ausräumung der Höhle, Ligirung der A. uterina, Tamponade, Heilung. Verf. empfiehlt diese Methode bei incompleter Uterusruptur, sobald die Tamponade nicht hinreicht oder die Gefahr einer septischen Infection des subperitonealen Zellgewebes besteht.

Trzebicky (Krakau).]

d) Blutungen.

1) Bishop, E. J., Post partum haemorrhage and its treatment. Lancet. Oct. 31. — 2) Laird, Th., Post partum haemorrhage and its treatment. Ibid. Dec. 19. — 3) Klautsch, A., Haematoma vulvae et vaginae post partum. Münch. med. Wochenschr. No. 4. — 4) Schäffer, O., Bekämpfung der post partum- und parenchymatösen Höhlenblutungen mittelst nicht drainirender, imprägnirter Gaze. Ebendas. No. 40. — 5) Cholmogoroff, S. S., Die Einführung von physiologischer Kochsalzlösung in dem Organismus bei grossen Blutverlusten bei der Geburt. Samml. klin. Vortr. 161.

Schäffer (4) sieht es als einen Nachtheil der Dührssen'schen Tamponade bei atonischen Gebärmutterblutungen an, dass die bisher dazu verwendete Jodoformgaze drainirend wirke, und dass in manchen Fällen, wie sie ausser ihm auch Koeks, Schauta, Strassmann und Dührssen selbst passirt sind, die Blutung trotz festester Ausstopfung nicht zum Stehen

kommt. Um diese Capillardrainage der gewöhnlichen Jodoformgaze auszuschalten, lässt S. eine mit Guttapercha imprägnirte Gaze herstellen, die leicht sterilisirbar und ausserdem mit antiseptischen und styptischen Mitteln sich versetzen lässt. Nur auf die Haftstelle der Placenta legt S. saugende Gaze auf, damit sich hier nicht Blutgerinnsel bilden und diese Wandstelle weiter erschlaffen und abdrängen können. Einen besonderen Vortheil verspricht sich S. von der Anwendung der Guttaperchagaze bei der Blutstillung nach Ausschälung abdominaler Eier aus ihrem serösen Bett, bei Placenta praevia und bei der Einleitung der künstlichen Frühgeburt.

[1) Wettergren, C., Ueber Haematoma vulvae et vaginae post partum. Hygiea. LVIII. 9. p. 225. — 2) Ullman, C. M., Intraabdominelle Blutung nach Berstung der Peritonealbekleidung der Gebärmutter während der Entbindung. Tod. Göteborgs läkaresällskapets förhandlingar. 1895. p. 12.

Wettergren (1). 42jährige. IX-para. Keine Variceu in der Genitalgegend. 5 Stunden p. p. schmerzhafte Spannungen im Perineum und links vom Anus. 3 Stunden danach fand W. das linke Lab. maj. kindskopfgross aufgetrieben, livide verfärbt, theils fluctuirend, theils von teigiger Consistenz. Die Geschwulst reichte bis hoch in die Vagina hinauf und füllte dieselbe vollkommen aus. Tiefer Collaps: Retentio urinae. Application von Cataplasmen und Eisblase. Am 4. Tage p. p. barst die Geschwulst auf der Mitte des Labium majus. Ausräumung der Höhle, feste Tamponade. Der grösste Uebelstand während der Reconvalescenz war die erschwerte Defäcation.

Ullman (2). 39jährige. III-para. Nach 7stündiger Wehenthätigkeit trat plötzlich heftiger Schmerz im Leibe auf. U. fand die Kreissende blass, kalt, collabirt, beinahe pulslos mit bedeutend aufgetriebenem Leib. Ein 4500 g schweres Kind wurde durch Forceps zur Welt gefördert. Manuelle Lösung der Nachgeburt; Exitus letalis. Section: Bauchhöhle voll Blutcoagula. Auf der hinteren Uterinfläche waren rechterseits Bindegewebsmembranen zwischen dem Lig. lat. und Tube ausgespannt. An dieser Stelle, dem obersten Theil der Cervix entsprechend und weit hinunter auf die ausgespannte Vagina reichend, fand sich eine ca. 17 cm lange Ruptur der Peritonealbekleidung mit blutinfiltrirten Rändern und Boden, aber nirgends konnte mittels der Knopfsonde eine Perforation noch ein grösseres rupturirtes Gefäss entdeckt werden.

A. Fr. Eklund (Stockholm).]

e) Placenta praevia.

1) Noer, J., The management of placenta praevia with report of four cases. Med. news. April 18. — 2) Welti, E., Zur Behandlung der Placenta praevia. Schweizer Correspdzbl. Aug. 15. — 3) Lop, Placenta praevia et rupture du sinus circulaire. Nouv. Montpell. méd. 51. — 4) Lindfors, A. O., Wer hat zuerst die grobanatomischen Verhältnisse des vorliegenden Mutterkuchens richtig verstanden? Arch. f. Gynäk. Bd. 52. H. 2. — 5) Guttmann, R., 20 Fälle von Placenta pravia (Münchener Klinik). Inaug.-Diss. München. — 6) Füth, S., Zur Behandlung der Placenta praevia. Centralbl. f. Gyn. No. 36. — 7) Lesse, W., Ein weiterer Fall von Luftembolie bei Placenta praevia. Zeitschr. f. Gyn. Bd. 35. H. 2. — 8) Nyhoff, Ein Verfahren zur Behandlung der Placenta praevia (centralis). Monatsschr. f. Geburtsh. Nov. — 9) Townsend, Ch. W., Remarks on the treatment of placenta praevia with especial reference to use of the intra-uterine tampon after delivery. Boston journ. Jun. 11.

Townsend (9) empfiehlt die prophylactische Uterus-Tamponade post partum bei Placenta praevia, um so die häufig auftretenden zwar nur geringen, aber oft zu einem letalen Ausgang führenden continuirlichen Blutungen zu vermeiden.

Nyhoff (8) kommt auf sein schon früher empfohlenes Verfahren zur Behandlung der Plac. praevia zurück. Dasselbe besteht darin, im Anfange der Eröffnung die Plac. zu durchbohren und dieselbe vom Amnion abzulösen, damit sie dann den Veränderungen des Muttermundes folgen könne. Die Methode ist nur anwendbar bei Plac. praevia centralis und eine gewisse Festigkeit des Amnion vorausgesetzt. Ein ungestörter Verlauf des natürlichen Geburtsvorganges wird als der Vortheil dieses Verfahrens hervorgehoben.

In einer statistischen Zusammenstellung aus der Hebammenpraxis des Kreises Coblenz über 50 Fälle von Plac. praevia zeigt Füth (6), wie schlecht theilweise besonders auf dem Lande die Resultate bei der Behandlung des vorliegenden Mutterkuchens sind. Von den Müttern starben 19 (38 pCt.), Kinder blieben nur 11 (20,8 pCt.) am Leben. Es wird der Vorschlag gemacht, nach gestellter Diagnose sofort die künstliche Geburt und zwar mittels intrauteriner Colpeuryse nach Blasensprengung einzuleiten.

Lesse (7) berichtet über einen Fall von Placenta praevia, bei dem unmittelbar nach Ausführung der combinirten Wendung nach Braxton-Hicks die Zeichen der Embolie sich einstellten. 5 Stunden darnach trat der Tod ein. Bei der Section fanden sich im rechten Ventrikel und in den kleineren Lungenarterien Luftblasen. L. glaubt, dass die durch die Hand in die Scheide und höher hinaufgebrachte Luft bei der Wendung mechanisch in die offen daliegenden Gefässlumina gepresst worden sei.

f) Convulsionen.

1) Veit, J., Ueber die Behandlung der Eclampsie. Arbeiten aus dem Geb. der Geburtshülfe und Gynäk. Zur Feier der 25jähr. Thätigkeit von C. Ruge. Berlin. — 2) Schreiber, G., Ein Beitrag zur Statistik der Eclampsie. Archiv für Gynäkol. Bd. 51. Heft 2. — 3) Hanemann, F., Zwei Fälle puerperaler Eclampsie bei Zwillingsschwestern. Münch. med. Wochenschrift. S. 475. — 4) Saft, H., Beitrag zur Lehre von der Albuminurie in der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett und von ihrem Verhältniss zur Eclampsie. Arch. f. Gyn. Bd. 52, Heft 2. — 5) Clowes, N. B., A case of puerperal eclampsia treated by hyoscine. Lancet. Oct. 3. — 6) Geyl, Over de Therapie by eclampsie voor den partus. Weekblad. Febr. 15. — 7) Tweedy, E. H., Eclampsia, with special reference to its treatment. Dublin. Journ. March. — 8) Peterson, J. S., Eclampsia. Philad. Report. Aug. 8. — 9) Edgar, J. C., The treatment of puerperal eclampsia. New York med. record. Decbr. 26. — 10) Swayne,

J. G., On the treatment of puerperal eclampsia occuring during pregnancy and presenting no signs of labour. Brit. med. journ. Febr. 29. — 11) Steiner, F., Zur Eclampsia gravidarum. Wien. med. Blätter. No. 35. — 12) Schlichting, P., Pathologische Anatomie der Puerpal-Eclampsie unter Benutzung der Sectionsberichte der in der Königl. Frauenklinik zu Halle a. S. in den Jahren 1887—1894 verstorbenen Eclampsiefälle. Inaug.-Diss. Halle a. S. — 13) Tremel, H., Das diaphoretische Verfahren bei Nierenerkrankungen und Eclampsie in der Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Marburg. — 14) Knapp, L., Klinische Beobachtungen über Eclampsie. Berlin. — 15) Acconci, L., Sulla pathogenesi della eclampsia puerperale. 14 pp. Turin. — 16) Bell, T. J., Puerperal eclampsia. New York med. record. Febr. 8. — 17) Seaburg, J. S., Dasselbe. Ibidem. April 25.

In einer Zusammenstellung von über 902 Fällen von Eclampsie aus 25 Gebäranstalten vergleicht Veit (1) die Erfolge jener beiden Richtungen, die sich zur Zeit in der Behandlung dieses Krankheitsprocesses geltend machen. Nach der Meinung der Einen ist die Prognose der Eclampsie für den Einzelfall nicht im Voraus zu bestimmen. Durch die Beendigung der Geburt werde die Erkrankung oft günstig beeinflusst, aber die Prognose ist keineswegs so schlecht, dass deshalb Eingriffe berechtigt seien, die in sich selbst eine Gefahr bergen. Daher sucht man durch Narcotica die Gewalt der Anfälle zu mildern und will die Geburt beendigen, sobald dieses in schonender Weise geschehen kann. Im Gegensatz dazu erblicken Halbertsma und Dührssen unter allen Umständen in der Eclampsie an sich eine Anzeige zur sofortigen Entbindung, die eventuell durch Operation — Kaiserschnitt oder vaginale Eingriffe — zu beendigen sei. Die Mortalität beträgt nach dieser Zusammenstellung 21,6 pCt. Bei Mehrgeburten ist dieselbe grösser als bei Primip., eine auch von anderer Seite bestätigte Angabe. Daraus zieht V. den Schluss, dass Multip. durch die Eclampsie mehr gefährdet werden, als Erstgeb., zweitens, dass die Therapie für den Ausgang dieser Erkrankung nicht das allein Maassgebende sein könne, sonst müssten die Erfolge derselben sich gerade bei Mehrgeb. zeigen, bei denen sich die Entbindung durschnittlich leichter und schneller bewerkstelligen lasse, wie bei I-parae.

Résumé: Die active Methode hat so überraschend gute Resultate nicht gezeitigt, wie nach einzelnen Berichten zu hoffen gewesen wäre. Im Gegensatz dazu weist die Behandlung mit Morphium die besten Resultate auf. Ausserdem schonende Entbindung, Extraction bei Erfüllung aller Vorbedingungen, eine mässige Beschleunigung des Geburtsverlaufes, Blasensprengung, künstliche Frühgeburt, unblutige Erweiterung des Muttermundes neben dem Morphium am zweckmässigsten.

Aehnliche Resultate ergiebt die Statistik Schreiber's (2) über 137 Fälle von Eclampsie aus der Chrobak'schen Klinik. Die Entleerung des Uterus hatte in 64,7 pCt. der Fälle einen günstigen Einfluss auf den Verlauf der Eclampsie; werden die post partum von eclamptischen Anfällen Ergriffenen mit eingerechnet, so sinkt der Procentsatz auf 50,7 herab. Diese Ziffer bleibt wesentlich hinter der von Dührssen gefundenen 89 pCt., bei operativer Beendigung der Geb. sogar 93,75 pCt. zurück, dagegen stimmt sie vollkommen überein mit den von Zweifel gemachten Beobachtungen (64,5 bezw. 50,6 pCt.) Bei operativem Eingriff hörten die Anfälle nach Entleerung des Uterus in 62,7 pCt. der Fälle, bei spontanem Verlauf in 70,8 pCt. auf. Nach Zweifel sistirten die Anfälle in 60 pCt. post part., wenn keine Cervixincisionen gemacht wurden, bei ausgeführten Cervixincisionen nur in 52—55 pCt. der Fälle. S. ersieht aus diesen Beobachtungen, dass nur eine schonende Entleerung des Uterus ein Aufhören der eclamptischen Anfälle begünstigt. In dieser Ueberzeugung wurde in Chrobak's Klinik an der conservativen Behandlung der Eklampsie festgehalten, zumal für die Mutter dadurch nicht neue Gefahren heraufbeschworen würden, die jede forcirte Entbindung mit sich bringt. Die Therapie in dieser Anstalt ist folgende: Prophylactische Milchdiät bei allen Hausschwangern mit Eiweiss im Harn; bleibt dieselbe ohne Erfolg: Einleitung der Frühgeburt. Bei Ausbruch der Eclampsie: Verabreichung heisser Bäder, Thee, feuchte Einpackungen, Chloroformnarcose und möglichst rasche, schonende Beendigung der Geburt. In Fällen von Eclampsie ante partum: Einleitung der Frühgeburt. Die Mortalität beträgt im Durchschnitt 19,7 pCt.

Hanemann (3) bringt zur Stütze der Ansicht von v. Herff, dass das Wesen der Eclampsie in einer auf der Basis einer angeborenen psychopathischen Anlage beruhenden, während der Gestationsvorgänge sich ausbildenden besonderen Erregbarkeit der psychomotorischen Grosshirnrinde bestehe, eine Beobachtung von eclamptischen Krampfanfällen bei Zwillingsschwestern. In beiden Fällen traten die Convulsionen erst nach der Entbindung auf, beide genasen nach grossen Morphiumdosen.

Saft (4) untersuchte 314 Schwangere, 306 Kreissende und 87 Wöchnerinnen auf das Vorkommen von Eiweiss im Urin. Die Frequenz eiweisshaltigen Urins war folgende:

Von 202	primip.	Gravid.	12 =	5,9	pCt.
„ 112	plurip.	„	5 =	4,1	„
„ 187	primip.	Kreiss.	60 =	32,08	„
„ 119	plurip.	„	27 =	22,6	„

Im Wochenbett war die Schnelligkeit des Verschwindens der Albuminurie abhängig von der Höhe des Eiweissgehaltes während der Schwangerschaft und Geburt. Bei Mehrgebärenden war die Albuminurie (conf. Tab.) nicht so häufig und in geringerer Höhe wie bei I-p. und verschwindet hier auch früher. Die Nierenläsion, soweit überhaupt eine solche vorliegt, ist also bei Mehrgebärenden geringer als bei Erstgebärenden. Schlussresultat: Die Schwangerschaftsniere, die mit der eigentlichen Nephritis nichts zu thun hat, ist eine Erkrankung sui generis, die nur durch die Vorgänge der Gravidität und wahrscheinlich durch eine Autointoxication des Organismus, durch ein Product des Stoffwechsels hervorgerufen wird. Bei Ueberladung des Organismus mit dem Virus entsteht die Eclampsie. Die Veränderungen der Nieren, Leber und der anderen Organe treten bei der Eclampsie secundär auf.

g) Foetus.

1) Etienne, Ein Fall von Typhus beim Foetus. Gaz. hebdom. No. 16. — 2) Dürk, Ueber intra-uterine Typhus- und Mischinfection einer lebensfähigen Frucht. Münch. med. Wochenschr. No. 36. — 3) Lefour, Rougeole et grossesse. L'abeille méd. No. 21. (Das Kind wurde am Tage der Eruption des Masernexanthems mit einem über den ganzen Körper verbreiteten Ausschlag geboren, welcher jedoch von kurzer Dauer war.) — 4) Porak, Ueber die Uebertragung der Tuberculose von Mutter auf Kind. Gaz. hebdom. No. 21. — 5) Derselbe, Ueber den Einfluss patholog. Veränderungen der Placenta auf die Entwicklung des Foetus. Ebendas — 6) Spencer, H., Skiagram of a sireniform monster. Obstetric. Transact. p. 118. — 7) Clauss, L., Ein Fall von Sirenenbildung. Diss.-Inaug. Königsberg. — 8) Knapp, L., Erfahrungen über Laborde's rhythmische Zungentractionen, nebst einigen Bemerkungen über Verletzungen durch diese und andere Wiederbelebungsmethoden. Centralbl. f. Gyn. No. 28. — 9) Knapp, M., Suspension des Neugeborenen zur Wiederbelebung. New York Med.-Record. Jan. 18. — 10) Schultze, B. S., Ueber die beim Scheintod Neugeborener vorliegenden Indicationen. Centralbl. für Gynäk. No. 37. — 11) Wendeler, P., Bemerkungen zu dem Aufsatz des H. Geh. B. S. Schultze: Ueber die beim Scheintod Neugeborener etc. Ebendas. No. 45. — 12) Knapp, L., Zu den Aufsätzen in No. 28, 37 und 45 des Centralbl. f. Gynäk. Ebendas. No. 51. — 13) Köhl, E., Offene Frage betreffs der Wiederbelebung asphyctischer Neugeborener. Schweizer Correspdzbl. No. 35. — 14) Westphal, W., Ein Fall von Geburtshindernis, bedingt durch die übermässig ausgedehnte kindliche Harnblase. Diss.-Inaug. Königsberg. — 15) Neumann, J., Dystokie in Folge abnormer Vergrösserung des kindlichen Bauches. Monatsschr. f. Geburtsh. März. — 16) Stern, H., Eine Frucht mit Eventration und mehreren anderen Missbildungen. Diss.-Inaug. Königsberg. — 17) Higgins, F. A., Imperforate Rectum: The operative treatment, with report of a successful operation by excision of the coccyx and a part of the sacrum. Boston Journ. No. 20. — 18) Patry, E., Hépatocèle opéré. Rev. méd. Suisse romande. No. 7. — 19) Puech, P., Des états anormaux de la tête foetale autres que l'hydrocéphalie comme complication de l'accouchement. Montpell. méd. No. 49. — 20) Johansen, M., Ueber die Geburt bei Hydromeningo- und Hydrencephalocele. Münch. med. Wochenschr. No. 1. — 21) Kommerell, Ueber Nachblutungen bei unterbundener Nabelschnur. Württbg. Correspdzbl. No. 35. — 22) Lavergne, Dix observations de rigidité foetale de l'influence de cet état pathologique sur le mécanisme de l'accouchement. Nouv. Montpell. méd. No. 36. — 23) Piering, O., Erfolgreiche Laparotomie einer rupturirten Nabelschnurhernie in der 1. Lebenstunde. Prager med. Wochenschr. 31. — 24) Hiebaum, A., Zur Casuistik der Geburtsverletzungen am Kindeskörper. Einpressung des Kleinhirns in die linke Pleurahöhle. Ebendas. No. 15. — 25) Marjantschik, P. N., Ein Fall von Laparotomie an einer Neugeborenen wegen Hernia funiculi umbilicalis. Centralbl. f. Gyn. No. 13. — 26) Routh, A., Foetus diprosopus anencephalicus. Obstetric Transact. p. 92. — 27) Blacker, G. F., A case of true unilateral hermaphroditism with ovotestis occuring in man, with a summary and criticism of the recorved cases of true hermaphroditism. Ebend. p. 265. — 28) Nachtigäller, A., Ein Fall von habituellem Hydrops foetus. Diss.-Inaug. Berlin. — 29) Jellinghaus, Ueber foetale Schädelformen mit Berücksichtigung der Heckerschen Aetiologie der Gesichtslagen. Arch. f. Gynäk. Bd. 51. H. 1. — 30) Riedel, W., Haematoma ovarii bei einem Neugeborenen. Diss.-Inaug. Halle. — 31) Knapp, L., Fall von Facialisparese bei einem Neugeborenen nach spontaner Geburt. Centralbl. f. Gynäk. No. 27. — 32) Schäffer, O., Congenitaler Prolaps der Rectalmucosa mit Divertikelbildung in Folge von circumscripter Schleimhauthypertrophie. Ebend. No. 29. — 33) Weber, A., Hydrops des Foetus u. der Mutter, bedingt durch Schwangerschaftsniere. Ebend. No. 35. — 34) Olshausen, Lithopädion. Zeitschr. f. Gynäk. Bd. 34. S. 315. — 35) Schäffer, O., Ueber die foetale Dolicho- und Brachycephalie. Ebendas. Bd. 35. H. 1. — 36) Placzek, S., Intrauterin entstandene Armlähmung. Berl. klin. Woch. October 12. — 37) Arndt, C., Nabelschnurbruch und Herzhernie etc. Centralbl. f. Gyn. No. 24. — 38) Geyl, Eine periphersche Facialisparapalyse (Parese) bei einem Neugeborenen nach einer durchaus normalen Geburt. Ebend. — 39) Menke, A., Ein Beitrag zur Statistik und Prognose der Geburtsverletzungen des Kindes. Diss.-Inaug. Kiel. — 40) Schayer, L., Ueber Struma congenita. Diss.-Inaug. Berlin. — 41) Arndt, Ein Fall von Dünndarmprolaps durch den offen gebliebenen Ductus omphalo-entericus. Arch. f. Gynäk. Bd. 52. H. 1. — 42) Thorn, Vagitus uterinus und sein Verhältniss zum ersten Athemzug. Centralbl. f. Gynäk. No. 44. — 43) Heckmann, J., Ueber das Verhältniss des Kopfes der Neugeborenen zum Kopf der Mutter. Diss.-Inaug. (Giessen.) — 44) Nau, H., Die Geburten macerirter Früchte in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft. Marburg. — 45) Visino, K., Ueber einen Fall von Anus praeternaturalis prachymenalis. München. — 46) Heyne, O., Ueber die Ursachen des vorzeitigen Meconiumabganges sub partu. München. — 47) Reijenga, J., Die Prochownick'sche Diäteur und ihr Verhältniss zur künstl. Frühgeburt, Sectio caesarea und Symphysootomie. Dissert.-Inaug. (Freiburg.) — 48) Kidd, F. W., Notes on case imperforata anus with exhibition of frozen section. Dublin. Journ. Febr. — 49) Ballantyne, J. W., Congenital teeth, with three illustrative cases. Edinb. Journ. May. — 50) Spivak, C. D., A case of imperforate anus (Amer.) Med. News. Octr. 3. — 51) Bradshaw-Ischerwood, P. A., Two cases of exomphalos. Lancet. Sept. 12. — 52) Allen, Ch. W., Congenital occlusion of the urethra. Report of operation for its relief. New York Med. Record. Juni 6. — 53) Torre, F., La pericultura intrauterina. Bullet. della Soc. Lancisiana. XVI.

Etienne (1) fand bei der Section eines 4—5 monatlichen Foetus, der von einer Typhuskranken am am 29. Krankheitstage ausgestossen war, die inneren Organe unverändert. Dagegen konnte er aus dem Blut des rechten Herzens, Milz, Leber und Placenta ein kurzes, plumpes Stäbchen cultiviren, welches seinem sonstigen Verhalten nach dem Typhusbacillus identisch war. (Verf. zieht hieraus den wohl ganz ungerechtfertigten Schluss, dass in einem solchen Falle nicht, wie man bisher annahm, die Wärmestauung, der Blutandrang zum Uterus, eine Endometritis den Abort einleite, sondern dass primär der Foetus durch das Typhusgift, welches wie eine acute Septicämie wirke, getödtet werde. Ref.)

Ebenso fand Dürk (2) bei einem Neugeborenen, das von einer Typhuskranken stammte und 9 Stunden post partum gestorben war, im Leberparenchymsaft den Typhusbacillus. Aus dem Gewebssaft der Milz konnte er den Staphylococc. pyog. alb. cultiviren. Die Uebertragung der Keime durch die Placenta denkt sich D. in der Weise, dass durch directe active Läsion des Zottenepithels sich die Keime den Weg zu den foetalen Gefässen gebahnt haben.

Spencer (6) benutzte die Röntgenstrahlen zur Erkennung des Knochenbaues bei einer Sirenenbildung und glaubt, sie gut verwerthen zu können zur Diagnose von Fracturen bei Neugeborenen.

Clauss (7) beschreibt als Sirenenbildung eine Missgeburt, die an Stelle der Unterextremitäten nur ein u. z. missgestaltetes Bein mit einem ganz verkümmerten Fuss aufwies. Die anatomischen Details fehlen, da die Missbildung wegen Conservirung nicht secirt wurde. Bemerkenswerth ist, dass nur 1 Nabelarterie vorhanden war.

Westphal (14) berichtet über eine Missbildung mit folgenden Abnormitäten: Beide Ureteren, der Darmtractus und die Müller'schen Gänge münden in die durch Urin enorm ausgedehnte Harnblase; Atresia ani, urethrae et vaginae; Uterus duplex; rudimentäre äussere Geschlechtstheile; Caput obstipum, doppelseitiger Klumpfuss. Für die übermässige Ausdehnung der Harnblase wird die mangelhafte Ausbildung der Urethra verantwortlich gemacht; sie fehlte vollständig, ein Befund, der in der Literatur äusserst selten beschrieben, sogar von einigen Autoren ganz bestritten wird. Die abnorme Ausdehnung der Blase resp. des Allantoissackes zu einer Zeit, in der die Müller'schen Gänge und der Darm noch in eine gemeinsame Cloake ausmünden, gab dann Veranlassung zu der Hemmungsbildung. Schliesslich empfiehlt Verf. zukünftig in solchen Fällen, die in der Blase befindliche Flüssigkeit einer chemischen Analyse zu unterwerfen, um dadurch eventuell über die Herkunft und Bedeutung des Fruchtwassers Klarheit zu schaffen.

Einen ganz ähnlichen Fall theilt Neumann (15) mit: Cloakenbildung mit Einmündung des Enddarms und Urachus, der Ureteren und Müller'schen Gänge; Fehlen der Urethra und des Afters, rudimentäre Anlage des äusseren Genitales (embryonale Beschaffenheit des Unterhautzellgewebes und Defect der Bauchhaut). In der Erklärung dieser Anomalien stimmt er mit W. überein (das Primäre ist mangelhafte Anlage der Urethra).

Stern (16) beschreibt eine Frucht mit folgenden Missbildungen: Totale Eventration, Hydrocephalus internus, Spina bifida, Verkümmerung des linken Beines. Nur die rechte Nabelarterie ist vorhanden. Von dem ursprünglich paarig angelegten Uterus ist nur die rechte Hälfte mit der dazugehörigen Tube und Ovarium entwickelt, links fehlen auch die Andeutungen dieser Gebilde. Das von Kussmaul angenommene Lig. rectovesicale als Ursache für die Entstehung des Uterus didelphys fehlt. Das nur ca. 3—4 cm lange rudimentär entwickelte Bein liegt in einer Amnionfalte innerhalb des Bauchsackes. Nach der Mitte des Beines zieht ein amniotischer Strang. Als Erklärung für diese Lage des Beinrudiments nimmt S. an, dass ebenso, wie im Innern des Bruchsackes sich infolge der peritonitischen Reizung adhäsive Stränge gebildet haben, auch hier ein etwas breiterer Strang, der den Eindruck einer Membran macht, aufgetreten ist, so dass durch diese Bedeckung das Rudiment gleichsam in einer Amnioncapsel enthalten erscheint.

[Pradon, P., Ein Fall von „schwierigen Entbindungen" mittels Abmagerungscur behandelt. Hygiea. LVIII. 3. p. 327.

28jähr. Drittgeb., mittelgross, kräftig. Erste Entbindung Perforation, zweite Forceps; beide Mal Schädellage, Frucht während der Geburt abgestorben, Gewicht je 5100 und 5250 g. Vom 6. Schwangerschaftsmonat ab Abmagerungscur: grobes Roggenbrot, etwas Milch, viel Eier, Butter, Kaffee mit Rahm und zeitweilig Obstsuppe. — Allgemeinverengtes Becken, D. spin. 25, D. crist. 27, C. ext. 19 cm, Dist. der Tubera ischii subnormal. Zangenentbindung; das Kind lebte, wog 4038 g, hatte kein greisenhaftes Gesicht, war aber hagerer als andere Neugeborene. **A. Fr. Eklund** (Stockholm).]

h) Fruchtanhänge.

1) Kutzky, E., Ein Fall von Insertion der Nabelschnur am Kopfe eines Kalbsfötus. Diss. Inaug. Königsberg. — 2) Koch, P., Ueber Kürze der Nabelschnur nebst Mittheilung eines Falles aus der gynäcolog. Universitäts-Poliklinik zu Greifswald. Diss. Inaug. Greifswald. — 3) Woltersdorff, M., Ein Beitrag zur Lehre von den Tumoren des Nabelstranges. Diss. Inaug. Halle. — 4) Winkel, F. v., Ueber angeborene solide Geschwülste des perennirenden Theiles der Nabelschnur. Samml. klin. Vorträge. 140. — 5) Brady, E. J., Funis presentation and funis prolapse. Dublin Journ. Jan. — 6) Rossa, E., Traubenzucker im Harn und Fruchtwasser. Centralbl. f. Gyn. No. 25. — 7) Stoner, A. P., A study of Hydramnios and some of its complications with report of a case. New York med. Record. Aug. 15. — 8) Tarnier, De l'insertion vicieuse du placenta. Gaz. méd. de Paris. No. 1. — 9) Stabb, A. F., Placenta velamentosa and an abnormally large placenta. Obstetric. Transact. p. 4. — 10) Ehrendorfer, Placenta mit zwei in einander communicirenden subchorialen Cysten von seltener Grösse. Wien. klin. Wochenschr. No. 15. — 11) Derselbe, Perivasculäre Cysten in der Placenta. Ebendas. S. 282. — 12) Hahn, A., Ein Stadium der Placentarentwickelung. Zeitschr. f. Gyn. Bd. 34. H. 3. — 13) Herff, O. v., Beiträge zur Lehre von der Placenta und von den mütterlichen Eihüllen. Ebendas. Bd. 35. H. 2 u. 3. — 14) Hofmeier, M., Beiträge zur Anatomie und Entwickelung der menschlichen Placenta. Ebendas. H. 3. — 15) Uesko-Stroganowa, K., Beiträge zur Lehre vom microscopischen Bau der Placenta. Monatsschr. f. Geburtsh. März. — 16) Maslowsky, W., Zur Aetiologie der vorzeitigen Ablösung der Placenta vom normalen Sitz. Endometritis decidualis gonorrhoica. Ebendas. Sept. — 17) Neumann, J., Beitrag zur Lehre von der Anwachsung der Placenta. Ebendas. Oct. — 18) Retterer, M. Ed., Le placenta des carnassiers d'après M. le professeur Mattias Duval. Ann. de gynéc. Févr. — 19) Hahn, A., Zur Entwickelung der Placentarform. I. Die normale Atrophie der Placenta. Diss. Inaug. Breslau. — 20) Ganotta, W., Ueber amniotische Bänder und Fäden. Diss. Inaug. Erlangen. — 21) Olshausen, Amniotische Fäden. Zeitschr. f. Gyn. Bd. 34. S. 143. — 22) Torre, F., Casuistica di distocia per giri del funiculo ombilicale. Bull. della Soc. Lancisiana. XVI.

Die von Kutzky (1) beschriebene, sehr merkwürdige Missbildung betraf einen Kalbsfötus, bei dem die Nabelschnur von der normale Verhältnisse darbietenden Placenta direct zum Kopf des Thieres lief und sich hier am Schädeldach ansetzte, während die gewöhnliche Insertionsstelle am Bauch geschlossen war und nur drei kleine peitschenförmige Anhängsel zeigte. Die Entstehung dieser abnormen Einpflanzung der Nabelschnur

denkt sich der Autor folgendermaassen: Der Embryo ist mit Kopf- und Schwanzende stark zusammengekrümmt, die Amnionflüssigkeit ist spärlich vorhanden, so dass die Amnionscheide des an der gewöhnlichen Stelle in den Körper eintretenden Nabelstranges dem Kopfe dicht anliegt. So kommt es zu einem amniotischen (vascularisirten) Verwachsungsstrang zwischen Nabelschnurscheide und Kopf. Auf irgend eine Art tritt eine Zerrung oder Torsion desjenigen Nabelschnurstückes ein, welches zwischen normaler Insertionsstelle am Nabel und Verwachsungsstelle am Kopf lag, wodurch die Passage der in jenem Stücke gelegenen Gefässabschnitte für das Blut sehr erschwert und der Blutstrom gezwungen wurde, sich ein anderes Bett, d. i. den amniotischen Strang nach dem Kopf hin zu wählen. Der fötale Kreislauf gestaltete sich dann in folgender Weise: Das Nabelvenenblut wurde in venöse Hirngefässe übergeleitet (microscopisch liess sich an mehreren Nabelgefässen bezw. Aesten derselben der Uebergang des dickwandigen Gefässrohrs in ein Gefässstück von dem Bau der dünnen Körpervenen nachweisen), gelangte in die Venae jug. int., die Vv. jug. commun., Vv. cav. sup., rechte Vorkammer. Die weitere Vertheilung ähnlich wie unter normalen Verhältnissen. Aus der Aorta asc. würde dann das Blut durch die Carotiden zur Schädelhöhle fliessen, weiter in die Nabelarterien und zur Placenta. Die Blutversorgung der Leber ging hier im uterinen Leben wie sonst nach der Geburt vor sich.

K. unterzieht dann den bekannten Fall Rathke's — zwei Schafszwillinge hingen durch eine kurze Nabelschnur zusammen, letztere verlief von dem Bauch des einen zum Kopf des anderen — einer Kritik und leugnet das Vorhandensein einer intracraniellen Plac. Die von R. als solche gedeuteten zottigen Gebilde in der grossen Ventrikelhöhle des missbildeten Gehirns seien vielmehr die Plexus chorioidei gewesen (das Zottenepithel setzte sich auf die Oberfläche der benachbarten Hirntheile fort). Die Circulation bei den Zwillingen R.'s wäre dann folgende: Der grössere Schafszwilling wird in gewöhnlicher Weise ernährt. Die Gefässe dieses Fötus stehen aber am Kopfe, wo sich die Nabelschnur des 2. Fötus inserirt, mit den Gefässen der letzteren und mittelbar mit dem Gefässsystem des 2. Fötus selbst in Verbindung und zwar der Art, dass aus den Kopfarterien das Blut in die Nabelvenen des kleineren und aus der Nabelarterie des kleineren in die Kopfvenen des grösseren fliesst. Die Plac. an der Uteruswand hätte dann das Blut beider Föten zu regeneriren.

[Lindström, C., Die Diagnose und Bedeutung der Anheftungsstelle der Placenta. Hygiea. LVIII. 2. p. 162.

Folgende Theorie über die Erkennung des Placentarsitzes wird aufgestellt: Durch die Ausdehnung des die Placenta tragenden Theils der Gebärmutterfläche werden die Anheftungspunkte der Tuben und der Lig. rot. auf der Uterusoberfläche verschoben in einer Richtung, welche dem Gebiete, wo die Nachgeburt sitzt, entgegengesetzt ist. Nach derselben Erklärung bekommt die Form der Gebärmutter selbst ein wechselndes Aussehen, so dass sie bei der Insertion der Plac. im Fundus mehr rund oder in die Breite ausgezogen erscheint, andererseits mehr länglich, je weiter nach unten die Plac. adhärirt. In dieser Weise entstehen 4 Typen der Uterusconfiguration und des Verlaufs der Tuben und der runden Mutterbänder. Ein fünfter Typus, der ausgeprägteste und am leichtesten erkennbare, entsteht wiederum bei der sog. Tubarinsertion. 100 Schwangere sind von L. diesen Untersuchungen unterworfen worden und nur 8 mal war die Diagnose fehlerhaft. Die controllirende Untersuchung ist am 6. bis 8. Tage des Puerperiums vorgenommen worden. Für die Praxis verspricht sich L. beim Kaiserschnitt, der künstlichen Frühgeburt und der manuellen Lösung der Placenta Vortheile von der frühzeitigen Erkennung der Insertion der letzteren.

Fr. Eklund (Stockholm).]

i) Beckenendelagen.

1) Pincus, L., Ein prophylactischer, Eduard Martin'scher, Handgriff in der zweiten Periode der Beckenendgeburt und Weiteres zur Prognose derselben. Berliner Klinik. H. 92. — 2) Dyckhoff, M., Ueber Beckenendlagen 1883—95. Inaug.-Diss. Greifswald. — 3) Sperling, Beckenendlage. Dtsch. med. Wochschr. No. 19. — 4) Salus, H., Ueber Hydrocephalus in Beckenendlage. Centralbl. f. Gynäk. No. 52.

Pincus (1). Die Entfernung des Kinns von der Brust und das Hinaufschlagen der Arme bei Beckenendgeburten soll dann vermieden werden können, wenn im Verlauf der Austreibungsperiode ein gleichmässiger, fester Druck mit der flachen Hand auf die Bauchdecken in der Nähe des Fundus oder auf den Fundus selbst ausgeübt wird. Eventuell kann der Druck mit der Hand durch ein um den Unterleib gelegtes Handtuch ersetzt werden. Diesen Handgriff möchte P. in das Hebammenlehrbuch aufgenommen wissen.

Sperling (3) perforirte bei einer Steissgeburt, die im Interesse der Mutter beendigt werden musste (das Kind war bereits abgestorben), ein Iliosacralgelenk und machte dann die Extraction mit dem Braun'schen Schlüsselhaken. Obwohl S. zugiebt, dass es möglich gewesen wäre, einen Fuss herabzuschlagen, freilich nur mit Fracturirung desselben, hält er den von ihm gewählten Eingriff für den schonenderen für die Mutter.

D. Geburtshülfliche Operationen.

a) Allgemeines.

1) Schauta, F., Grundriss der operativen Geburtshülfe. Wien.

b) Künstliche Frühgeburt.

1) Frank, E., Einleitung der vorzeitigen Geburt mittelst Jodoformgaze-Tamponade des Uterus. Wien. med. Wochenschr. No. 3. — 2) Kossmann, R., Glycerin zur Einleitung der Geburtsthätigkeit. Therap. Monatshefte. S. 312. — 3) Helme, T. A., Intracervical injection of glycerine; a modification of Pelzer's method of inducing praemature labour. Lancet. Oct. 3. — 4) Horrocks, P., A simple maieulic for the induction of miscarriage or premature labour. Obstetr. Transact. p. 168. — 5) Sarwey, O., Die künstliche Frühgeburt bei Beckenenge. Berlin. — 6) Müller, A., Zur Ballondilatation der Cervix und Scheide nach

Champetier-Mäurer. Monatsschr. f. Geburtsh. Novbr. — 7) Wertheim, E., Zum Aufsatze A. Müller's: Die Ballondilatation etc. Ebendas. Dec.

Sarwey (5) berichtet über 60 Fälle — 11 Erst- und 49 Mehrgebärende — von künstlicher Frühgeburt bei engem Becken aus der Tübinger Klinik. Von den üblichen Methoden kamen vornehmlich die von Kiwisch und Krause zur Anwendnng. Die Erfolge waren folgende: 49 = 81 pCt. der Geburten verliefen normal und ohne operativen Eingriff. 47 = 78,3 pCt. Wochenbetten verliefen normal, 13 = 21,7 pCt. waren fieberhaft, 1 Wöchnerin starb an Pyaomie. 50 = 83,3 pCt. der Kinder wurden lebend, 10 = 16,7 pCt. todt geboren; 43 = 71,7 pCt. wurden lebend aus der Anstalt entlassen.

c) Forceps.

1) Sichler, Fr., Die Zangengeburten der Halle'schen Universitäts-Frauenklinik vom 1. Mai 1887 bis 1. Januar 1894. Inaug.-Diss. Halle. — 2) Oelschläger, Die Zange an dem nachfolgenden Kopf. Centralbl. f. Gyn. No. 31. — 3) Roesing, Zur Entwickelung des nachfolgenden Kopfes. Ebend. No. 39. — 4) Müller, A., Zur Anwendung der Zange an dem nachfolgenden Kopfe. Ebend. — 5) Klien, R., Noch ein Wort zur Zange am nachfolgenden Kopfe. Ebend. No. 52. — 6) Lop, Dystocie bisciatique. Présentation du siège forceps sur la tête dernière. Montpell. méd. p. 971. — 7) Vallois, Des différentes manières d'appliquer lo forceps au détroit supérieur dans les cas ou ce détroit est rétréci suivant son diamètre antero-postérieur. Nouv. Montpell. méd. No. 24. — 8) Farabeuf, L. H., Der geburtshülfliche Greif-Messhebel. Uebers. v. Beck-Berlin. Klin. 94. — 9) Murray, M. R., On forceps with adjustable axis-traction; and on forceps for occipito-posterior positions of the vertex. Edinb. Journ. — 10) Mackness, G. O. C., Some modifications of midwifery forceps. Ibid. — 11) Schultz, H., Wendung oder hohe Zange. Zeitschr. f. Gynäk. Bd. 34. H. 2. — 12) Winternitz, E., Ueber die Häufigkeit und Prognose der Zangenentbindungen etc. in der Tübinger Klinik 1882—1896. Monatsschr. f. Geburtsh. Juli u. Dec. — 13) Schulz, A., Dio Anwendung der Zango, Würzburger Klinik 1889—95. Inaug.-Diss. Danzig.

Sichler (1) giebt eine Uebersicht über die Resultate der Zangengeburten in der Hallenser Klinik. Von 2105 Frauen wurden 102 = 4,84 pCt. mit der Zange entbunden. (Die Procentzahl schwankt in den einzelnen Jahren ganz wesentlich.) Ausser bei Schädellagen, Hinter- und Vorderhauptsgeburt wurde die Zange 3 mal bei Stirnlage, niemals an den nachfolgenden Kopf angelegt. Die Gesammtsterblichkeit der mittelst der Zange entwickelten Kinder beträgt 19 auf 100, mit Abrechnung der Complicationen 12 auf 100 = 12 pCt. Davon kamen 4 Todesfälle auf die atypische hohe Zange. Von den Müttern starben ausser 4 eclamptischen noch 2, davon aber nur eine in Folge der Zangenoperation, im Ganzen 6 = 5,88 pCt. Beckenverengerung ist in 37 Fällen vermerkt. Die hohe Zange wurde angelegt wegen folgender Indicationen: 6 mal drohende Uterusruptur, 3 mal Stillstand der Geburt bei sehr grossen Kindern, 1 mal Vitium cordis, 4 mal Eclampsie, 2 mal Asphyxie der Kinder, 1 mal Oedem der mütterlichen Weichtheile, 1 mal hohes Fieber intra partum bei hochgradig verengtem Becken. Von 16 mit der atypischen Zange extrahirten Kindern starben 8 = 50 pCt.

Oelschläger (2) tritt für die Zange an den nachfolgenden Kopf ein in denjenigen Fällen, wenn ein mässiger Zug verbunden mit einem kräftigen Druck von oben nicht bald zum Ziele führt. Die Zange sei dann ungefährlicher als die forcirten Tractionen am Rumpf. Indess macht er doch auch auf die Gefahren aufmerksam, welche die Zangenapplication an den nachfolgenden Kopf besonders bei engem Becken involvirt.

Ebenso empfiehlt Müller (4) die Anlegung der Zange an den nachfolgenden Kopf, wenn durch die combinirten Methoden, Zug verbunden mit starkem Druck von aussen, das Kind nicht schnell entwickelt werden kann. Dass die Application des Forceps gefahrvoll sei, darin stimmt M. Oelschläger bei, aber nur in Bezug auf den hochstehenden Kopf; hier wäre die Perforation selbst des lebenden Kindes zu bevorzugen. Ist letzterer bereits in das Becken eingetreten und liegt das Hinderniss im Beckenausgange resp. Beckenenge, wie bei den nach der Ansicht von M. in München häufig vorkommenden Trichterbecken, so macht die Anlegung der Zange — ganz gleich ob über oder unter dem Rumpf — keine Schwierigkeiten. Roesing (3) verwirft die Zangenapplication an den nachfolgenden Kopf principiell und stellt den Wigand Martin-v. Winkel-schen Handgriff in den Vordergrund. Einmal könne bei demselben durch die innere Hand eine die Haltung verbessernde oder festhaltende Wirkung durch sanften Druck und Zug entfaltet werden — was sonst die Zange leisten würde, wenn ihre Application in dieser Situation ungefährlich wäre —, zweitens könne durch den Druck der äusseren Hand eine Kraft entwickelt werden, ohne Schädigung des Kindes, wie kaum bei einer der sonst üblichen Methoden. Eine vermittelnde Stellung in dieser Frage nimmt Klien (5) ein. Für ihn ist die Zange contraindicirt, wenn der nachfolgende Kopf noch über dem Beckeneingang steht. Die Zange muss hier fast über Gesicht und Hinterhaupt angelegt werden; nur mit einem sehr starken Zug nach abwärts ist der Kopf durch den Beckeneingang hindurch zu bringen, wobei meist ein Ruck entsteht, der nicht aufzuhalten und oft von schweren Verletzungen der Mutter gefolgt ist. Dabei ist das Kind meist todtgedrückt. Dahingegen ist die Zange bei Hindernissen, die sich im Beckenausgang dem nachfolgenden Kopf entgegenstellen — und darin bestätigt K. die Angabe Müller's, dass die Trichterbecken in München sehr häufig, etwa in 24 pCt. aller Fälle vorkommen — das unschädlichste und leichteste Mittel, ein noch lebendes Kind zur Welt zu befördern.

[Szymanski, B., Ein Fall von Kaiserschnitt mit glücklichem Ausgange für Mutter und Kind. Medyzyna. No. 49. **Kosminski** (Krakau).

1) Kjar, A., Die modificirte schottische Achsenzugzange. Ugeskr. f. Läger. R. 5. Bd. 3. p. 577. — 2) Stadfeldt, Einige Bemerkungen über Zangenentbindungen mit besonderer Rücksicht auf die Achsenzugzange. Bibl. f. Läger. R. 7. Bd. 7. p. 179.

Stadfeldt (2). Die Achsenzugzange ist in dem

Gebärhause zu Kopenhagen 45 mal in der Zeit von 1892—95 angewendet worden, davon in 8 Fällen versuchsweise, indem die Geburt durch Perforation vollendet werden musste. Die übrigen 37 Entbindungen sind nur 15 pCt. aller — 242 — Zangengeburten während der genannten Jahre. Die Beschränkung für die Anwendung der Achsenzugzange hat ihre Ursache nicht nur in den Begrenzungen der Indicationen, sondern besonders in der bestimmten Forderung, dass der Kopf fest in der oberen Beckenöffnung stehen soll, oder jedenfalls fest auf der oberen Beckenöffnung ruhen soll. Ferner werden die Indicationen der „hohen" Zangenentbindungen nur in drohenden Complicationen, die es nothwendig oder wünschenswerth machen, die Geburt schnell zu vollenden, gefunden. Die Anwendung der Achsenzugzange hat für die Gebärenden keinen Todesfall oder Insult mit sich geführt. Die Mortalität der Kinder beträgt mit Abrechnung der 8 Perforationen nur 18 pCt. **F. Nyrop** (Kopenhagen).]

d) Extractionen am Rumpfe.

1) Gampert, Fracture du fémur, pendant l'extraction d'un enfant se présentant par le siège; consolidation parfaite à l'aide d'un appareil à extension continue. Rev. méd. Suisse romande. 1.

e) Wendung.

1) Murray, M., A discussion of the relative advantages of the forceps and version as a means of extraction in cases of moderate pelvic deformity. Brit. med. Journ. Oct. 31. — 2) Mensinga, Ueber die Wendung in der Bauchlage. Centralbl. f. Gyn. No. 23. — 3) Heuck, Dasselbe. Ebendas. No. 34.

f) Zerstückelungs-Operationen.

1) Hergenhahn, Ueber die Perforation des nachfolgenden Kopfes. Arch. f. Gyn. Bd. 51. H. 2. — 2) Luebcke, M.. Zwei Fälle von Perforation des nachfolgenden Kopfes durch den Mundboden. Diss. inaug. Berlin. — 3) Piórko, Ein neues Perforatorium. Wien. med. Presse. No. 1. — 4) Favr, W., Das Bohrperforatorium. Centralbl. f. Gyn. No. 23. — 5) Purslow, C. E., On perforation of the after coming head. Brit. med. Journ. Oct. 31. — 6) De Lee, J. B., Craniotomy on the dead child. New York med. News. Oct. 3. — 7) Cohen, R., Ueber verschleppte Querlagen. Diss. inaug. Berlin.

Hergenhahn (1) empfiehlt bei abgestorbenem Kinde sofort zur Perforation zu schreiten, wenn während der Extraction am Rumpf die Geburt des nachfolgenden Kopfes stockt, ohne eine dringende Indication abzuwarten. Was die Technik anlangt, so kann H. sich mit der neuerdings von Strassmann angegebenen Methode der Perforation der Basis cranii durch den Mundboden nicht befreunden. In zwei Fällen, in denen die Perforation der Schädelbasis unternommen war, musste noch eine Durchbohrung der Schädelkapsel ausgeführt werden. H. schlägt vor, mit der Siebold'schen Scheere den Schädel durch den zunächst und am leichtesten erreichbaren Knochen seines Gewölbes hindurch zu eröffnen.

Luebcke (2) bespricht die Ursache des Misslingens der Perforation vom Mundboden her in den beiden oben erwähnten Fällen und tritt von Neuem unter Bericht zweier Fälle für die Methode Strassmann's ein.

Nach Auseinandersetzung der Mängel der üblichen Perforatorien, sowohl der scheerenförmigen wie auch der trepanartigen, giebt Favr (4) die Beschreibung eines von ihm erfundenen und mit dem Namen Bohrperforatorium belegten Instrumentes. Dasselbe ist nach dem Muster eines amerikanischen Bohrers gebaut; seine Vorzüge sind: einfacher Bau, sichere Desinfection, leichte Handhabung. Auch Piorko (3) giebt ein Perforatorium an, welches, dem Trepan ähnlich, nur einfacher construirt ist.

[Pomorski, Beitrag zur Erleichterung der Decapitation bei vernachlässigter Querlage. Noviny lekarskie. No. 7. (Verticale Spaltung des Brustkorbes soll die Extraction am vorgefallenen Arm erleichtern.) **Kosminski** (Krakau).]

g) Kaiserschnitt.

1) Ludwig, H., Sectio caesarea bei übermässig entwickelter, todtfauler Frucht. Centralbl. f. Gynäc. No. 3. — 2) Esser, J., Ein Fall von Sectio caesarea bei einer übermässig grossen, todtfaulen Missgeburt. Ebendas. No. 12. — 3) Ahlfeld, F., Kritik des Esserschen Geburtsfalles. — 3a) Fritsch, H., Ein Fall von Exstirpation des hochschwangeren Uterus nebst Bemerkungen zu dem Fall Esser. Ebendas. No. 14. — 3b) Dohrn, R., Ist Zangenapplication und nachfolgender Kaiserschnitt bei 6—7 monatlicher macerirter Frucht ohne zwingende Indication seitens der Mutter zulässig? Ebendas. No. 16. — 3c) Chrobak, R., Zum Aufsatz von Ahlfeld in No. 14. Ebendas. No. 21. — 3d) Ahlfeld, F., Giebt Tympania uteri eine Indication zur Entfernung des Uterus in partu? Zeitschr. f. Gyn. Bd. 35. H. 2. — 4) Erdheim, S., Sectio caesarea in mortua. Lebendes Kind. Centralbl. f. Gyn. No. 14. — 5) Davis, E. P., Post mortem caesarean section, with delivery of a living child. Med. News. Febr. 1. — 6) Poll, C. N. van de, Drei glückliche Kaiserschnitte bei ein und derselben Frau. Centralbl. f. Gyn. No. 21. — 7) Pobedinsky, N., Ein Kaiserschnitt nach Porro mit glücklichem Erfolge für Mutter und Kind. Ebendas. No. 31. — 8) Salus, H., Ueber 3 Fälle von Kaiserschnitt. Prager med. Wochenschrift. No. 13. — 9) Dührssen, A., Der vaginale Kaiserschnitt. Berlin. 52 Ss. — 10) Coe, H. C., Caesarean section; suture of the uterus versus total exstirpation. Med. News. May 30. — 11) Row, F. E., A case of caesarean section. Lancet. Jan. 25. — 12) Selhorst, S. F., Sectio caesarea. Ileus. Anus artificialis. Weekblad. Mai 23. — 13) Béchet, M., Une opération césarienne à la campagne. Grossesse à therme chez une rachitique à bassin vicié. Intervention après trois jours de travail. Progrès méd. Nov. 14. — 14) Leja, A., Kaiserschnitt bei osteomalacischem Becken. Münch. med. Wochenschr. No. 49. — 15) Strebel, R., Ein Beitrag zur Lösung der Kaiserschnittsfrage. Diss. inaug. Berlin. — 16) Lehmann, R., Ueber conservativen Kaiserschnitt nebst Mittheilung eines Falles aus der Greifswalder geburtshülflichen Klinik. Diss. inaug. Greifswald. — 17) Schwarz, F., Porro bei rachitischem Becken mit 4 cm long. vera. Centralbl. f. Gyn. No. 15. — 18) Mirgel, L., 7 Fälle von Kaiserschnitt. Diss. inaug. Bonn. — 19) Olshausen, Sectio caesarea bei einer Zwergin. Zeitschr. f. Gyn. Bd. 35. S. 138. — 20) Baer, B. F., Supravaginal hysterectomy for impossible labor, with intrapelvic treatment of the stump. I. The technique of the operation. Amer. Journ. May. — 21)

Davis, E. P., Dasselbe Thema. II. Choice of the operation. Ibid.

Esser (2) führte wegen einer 6—7monatlichen macerirten Frucht, die dadurch zum Geburtshinderniss geworden war, dass das Abdomen und der Thorax durch seröse Flüssigkeit ungemein stark — der Durchmesser betrug 18 cm — aufgetrieben war, den conservativen Kaiserschnitt aus. E. ist geneigt, seinen und den von Ludwig (1) aus der Chrobak'schen Klinik berichteten Kaiserschnitt, der ebenfalls wegen übermässig entwickelter todtfauler Frucht unternommen war, als eine relative Erweiterung der relativen Indication des Kaiserschnittes zu betrachten.

Gegen dieses Vorgehen Esser's nehmen Ahlfeld (3), Dohrn (3b), Fritsch (3a) und mittelbar auch Chrobak (3c) Stellung. Während die beiden ersteren das Verhalten Esser's in dem vorliegenden Falle ganz rückhaltlos verurtheilen, weil die Frucht nach Punction der beiden Körperhöhlen per vias naturales hätte entwickelt werden können und müssen, nehmen Fritsch und Chrobak eine mehr vermittelnde Stellung ein. Auch sie wollen Esser's Indicationsstellung zur Sectio caesarea in diesem Falle nicht anerkennen. Indess betonen sie beide, und Ch. besonders auf den Fall Ludwig hinweisend, dessen Indicationsstellung Ahlfeld ebenfalls bemängelt, dass dem Geburtshelfer wohl Fälle unter die Hände kommen können, die nicht nach der Schablone zu beurtheilen sind und die unter Berücksichtigung eigenartiger Umstände ein Verfahren nicht allein rechtfertigen, sondern auch fordern können, welches der allgemeinen Lehre der Geburtshülfe nicht zu entsprechen scheint. In dem Falle Ludwig, so führt Chrobak aus, hätten die besonderen Umstände in der bestehenden Sepsis gelegen, welche die Wegnahme des Uterus als das radicalere Hülfsmittel nahe legte. Dagegen legt Ahlfeld (3d) Verwahrung ein und stellt folgenden Satz auf: Bei Tympania uteri in partu ist der Geburtshelfer nur selten in der Lage, die Prognose quoad vitam mit Sicherheit zu stellen. Daher dürfen wir auch nach unseren jetzigen Kenntnissen nicht behaupten, dass im Einzelfalle die Wegnahme des Uterus eine lebensrettende Operation sei. Vielmehr liefert die Entbindung per vias naturales mit nachfolgender Auswaschung des Uterus — in Marburg wird dazu seit einiger Zeit 50proc. Alcohol verwendet — selbst in schweren Fällen nicht selten die günstigsten Resultate. A. weist schliesslich darauf hin, dass durch conservatives Verfahren, d. h. Entbindung per vias naturales, die Verstümmelung der Frau hätte umgangen werden können.

Erdheim (4) berichtet über zwei Fälle, in denen die Sectio caesarea wenige Stunden nach dem erfolgten Tode der Mutter gemacht wurde. Im ersten Fall handelte es sich um Verblutungstod einer im 7. Lunarmonat Schwangeren. Ein 1400 g wiegendes Kind wurde in leicht aseptischem Zustande geboren und durch einige Schultze'sche Schwingungen (!) wieder belebt. Die zweite Patientin, im letzten Monat gravida, ging an einer fieberhaften Krankheit zu Grunde; das vollkommen reife Kind konnte nicht gerettet werden. Verf. war im ersten Fall die mächtige Contractionsfähigkeit des Uterus nach Entleerung desselben auffallend.

Einen weiteren Fall von Sectio caesar. in mortua theilt Davis (5) mit: Die Mutter starb in einem eclamptischen Anfall, das Kind war zuerst tief asphyctisch, wurde bald wieder belebt. Trotz guter Pflege ging dasselbe nach 14 Tagen unter den Symptomen allmälig wirkender Toxaemie ein. D. weist darauf hin, dass beim Kaiserschnitt an der Gestorbenen die Chancen für die Erhaltung des kindlichen Lebens dann besonders gering sind, wenn die Mutter an einer Infectionskrankheit zu Grunde ging. Es ergiebt sich daraus die Consequenz, in solchen Fällen die graviden Mütter zu überwachen und ihre excretorischen Organe in guter Function zu erhalten, um die Entwickelung einer ganz schweren Toxaemie, die das Leben des Kindes noch nach der Geburt bedroht, zu verhindern.

Poll (6) machte bei einer Frau mit allgemein verengtem, plattem rachitischem Becken mit einer Conj. vera von 6,2—6,5 cm, bei der schon vorher von anderer Seite durch Kaiserschnitt zweimal lebende Kinder erzielt wurden, die Porro-Operation mit glücklichem Ausgang für Mutter und Kind.

[Neugebauer, F., 58 Kaiserschnitte wegen Verengerung und theilweiser oder completer Obliteration der Vagina. Pamietnick Towarzystwa lek. warsz. No. 1. (Mortalität der Mütter 34 pCt., der Kinder 20 pCt.)
Kosminski (Krakau).]

h) Symphyseotomie.

1) Pooth, W., Die künstliche Erweiterung des engen Beckens. Monatsschr. f. Geburtsh. Jan. — 2) Arndt, C., 2 Symphyseotomien, davon eine mit tödtlichem Ausgang für die Mutter. Centralbl. f. Gynäk. No. 24. — 3) Donald, A., Three cases of symphysiotomy with remarks. Edin. Journ. Dec. — 4) Adenot, Bassin cypho-scoliotique; Symphyséotomie suivie de succès pour la mère et l'enfant. — 5) Hofmeier, M., Ueber die Symphyseotomie. Stzgsber. d. phys.-med. Gesellsch. Würzburg. 1895. No. 4. — 6) Swift, J. B., A case of symphyseotomy. Boston Journ. No. 25. — 7) Ayers, E. A., Symphyseotomy. New-York Med. Rec. Sept. 12. — 8) Jorand, A., Accidents et complications de la symphyséotomie. Paris. — 9) Heinricius, G., Ein Fall von Symphyseotomie nebst Bemerkungen über diese Operation. Monatsschr. f. Geburtsh. April. — 10) Pinard, A., De la symphyséotomie à la clinique Baudeloque pendant l'année 1895. Ann. de Gyn. Jan. — 11) Queirel, La symphyséotomie et le forceps au détroit supérieur. Annal. de Gyn. Fevr. — 12) Lepage, G., De la symphyséotomie. Ibid. Mars. — 13) Audebert, A., Quatre observations de symphyséotomie. Ibid. Aout. — 14) Woyer, G., Casuistischer Beitrag zur Symphyseotomiefrage. Centralbl. f. Gyn. No. 4. — 15) Deibert, J., Ein Beitrag zur Symphyseotomiefrage. Diss.-Inaug. (Giessen) Worms. — 16) Voiges, W., Beitrag zur Statistik, Prognose und Indicationen der Symphyseotomie. Diss.-Inaug. Kiel.

Pooth (1) beschreibt ein Verfahren Frank's, das im Anschluss an eine Symphyseotomie eine dauernde Erweiterung des Beckens dadurch erstrebt, dass nach vollzogener Entbindung in resp. vor dem Symphysenspalt ein Knochenweichtheillappen eingeschaltet wird. Die Operation gestaltet sich folgender-

maassen: Nach Freilegung der Symphyse durch einen suprasymphysären Querschnitt wird diese mit den beiden Schambeinenden in ein vorderes und hinteres Blatt gespalten, das erstere zu beiden Seiten losgetrennt, darauf die Symphyse gespalten und zum Klaffen gebracht. Nach Extraction des Kindes wird dann das vordere losgemeisselte Blatt entweder in den Spalt eingeschoben, oder wie F. es in einem Falle that, vor dem Spalt angeheftet. Die berichteten nach dieser Methode behandelten Fälle verliefen günstig, in dem einen endigte eine spätere Schwangerschaft mit einer spontanen kurz dauernden Entbindung.

In dem ersten der beiden von Arndt (2) mitgetheilten Fälle wurde die Symphyseotomie ausgeführt bei einer Conj. diag. von 12 cm und einem 2970 g schweren Kinde. Verf. zieht aus diesem für Mutter und Kind günstig ausgegangenen Fall, der eine Ausnahmestellung einnahm, die Consequenz, dass auch bei geringer Beckenenge durch ungünstige Complicationen insbesondere durch die Folgen der Wehenschwäche zur Rettung des Kindes die Symphyseotomie ausnahmsweise indicirt sein kann unter strenger Berücksichtigung der Anamnese. In einem zweiten Fall, der eine Frau mit einem platt rachitischen Becken betraf, dessen Conj. v. auf $7^1/_2$—8 cm geschätzt wurde, nahm man von der künstlichen Frühgeburt Abstand, da ein früherer Versuch damit missglückt war. Es wurde das Ende der Schwangerschaft abgewartet und die Symphyseotomie ausgeführt. Wahrscheinlich bei der Extraction des in Beckenendlage befindlichen Kindes entstand ein Riss in der vorderen Scheidenwand, der sich in das rechte Beckenbindegewebe fortsetzte. Von hier aus verblutete sich die Frau.

[Hansen, Th. B., Geburt 3 Jahre nach Symphyseotomie. Hosp. Tidende R. 4. B. 4. p. 597.

Wegen Querlage Wendung, darauf trieben die Wehen schnell und leicht das Kind hervor. Bei dieser Frau war 3 Jahre zuvor die Symphyseotomie von H. ausgeführt worden. Unmittelbar nach der Geburt konnten 2 Finger zwischen die Enden der Symphyse eingelegt werden. Ungefähr 4 Wochen später konnte die Frau wieder sicher und gut gehen und ihre Arbeit verrichten. Die Trennung in der Symphyse betrug jetzt ca. 1 cm. Interessant ist in diesem Fall die Thatsache, dass die Function des Beckens trotz des Spaltes in der Symphyse nicht gestört war.

F. Nyrop (Kopenhagen).]

E. Puerperium.

I. Physiologie, fieberlose Affectionen, Mastitis. Affectionen Neugeborener.

Hegar, A., Brüste und Stillen. Deutsche med. Woch. No. 34. — 2) Landsberger, Dasselbe. Ebendas. No. 39. — 3) Remfry, L., The effects of lactation on menstruation and impregnation. Obstetric. Transact. p. 22. — 4) Drews, R., Ueber den Einfluss der Somatose auf die Secretion der Brustdrüsen bei stillenden Frauen. Centralbl. f. inn. Med. — 5) Budin, P., L'alimentation des nourrissons. Annal. d'hyg. No. 3. — 6) Gamulin, M., L'allaitement chez les albuminuriques. Gaz. hebdom. No. 82. — 7) Rosewater, Ch., The case of the breast in lactation. New-York Med. Rec. Oct. 3. — 8) Maillart, H., Quelques reflexions sur le fonctionnement es les résultats des couveuses de Lion pendant l'Exposition nationale. Rev. med. suisse romande. p. 643. — 9) Roeper, K., Enthält Muttermilch normaler Weise Microorganismen, speciell pathogene? Diss.-Inaug. Marburg. — 10) Mendailles, G., Des mastites puérpérales et de leur traitement. Paris. — 11) Mugdan, O., Die Ernährung des Kindes im ersten Lebensjahre. Berlin. — 12) Cuff, H., A course of lectures on medicine to nurses. London. — 13) Mensinga, Zur Stillungsnoth. Frauenarzt. Juli u. Oct. — 14) Cramer, H., Klinische Beiträge zur Frage der künstlichen Ernährung der Neugeborenen. Diss.-Inaug. Breslau. — 15) Champneys, F. H. u. A. A. Bowlby, Further observations on the developpement of mammary functions by the skin of lying-in women. Med. chir. Transact. Vol. 78. — 16) Vineberg, H. N., A contribution to the study of lactation-atrophy of uterus. Am. Journ. July. — 17) Schmid, Plötzlicher Todesfall 3 Stunden nach der Geburt an Herzlähmung. Württ. Corr. No. 18. — 18) Tiesenhausen, P. v., Tödtliche Lungenarterienembolie im Wochenbett. Petersb. med. Wochschr. No. 40. — 19) Wyder, Th., Ueber Embolie der Lungenarterien in der geburtshülfl. Praxis. Samml. klin. Vortr. 146. — 20) Hallervorden, Der Zusammenhang chemischer und nervöser Vorgänge überhaupt und im Wochenbett. Würzburg. — 21) Derselbe, Zur Pathogenese der puerperalen Nervenkrankheiten und zur Behandlung toxischer Psychosen. Deutsche med. Woch. No. 21. — 22) Savage, Eintheilung, Prophylaxe und Behandlung der puerperalen Manie. Gaz. hebdom. No. 7. — 23) Heil, K., Untersuchungen über die Körpergewichtsverhältnisse normaler Wöchnerinnen. Arch. f. Gyn. Bd. 51. H. 1. — 24) Neumann, S., Untersuchungen über Schwefelsäureausscheidung und Darmfäulniss bei Wöchnerinnen. Ebendas. Bd. 52. H. 3. — 25) Goedecke, A., Temperaturmessungen im Wochenbett. Diss.-Inaug. Halle. — 26) Seeligmüller, Ueber puerperale Neuritis. Münch. med. Woch. No. 27. — 27) Lehmann, F., Hemianopsie bei puerperaler Amaurose. Berl. klin. Woch. No. 51. — 28) Mc Cann, F. J., On the importance of the examination of the abdomen during the puerperium, with special reference to the involution of the puerperal uterus. Brit. Med. Journ. July 25. — 29) Croom, H., A Discussion on the causation and a treatment of secondary puerperal haemorrhage. Brit. Med. Journ. Oct. 24. — 30) Zamarzal, J., Deviatio lateralis cum elevatione uteri post partum. Wiener med. Blätter. No. 33. — 3) Stevens, Th. G., Notes on the variation in height of the fundus uteri above the symphysis during the puerperium, the conditions wich influence this, and the practical conclusions wich may be drawn from such observations. Obstetric Transact. p. 246. — 32) Thomson, J. S., Twenty years experience of midwifery pratice, with special remarks on vaginal douching during the puerperium. Edinb. Journ. June. — 33) Löhlein, H., Der Einfluss des Wochenbettes auf Ovarialcysten. Zeitschr. f. pract. Aerzte. No. 7. — 34) Stevenson, L., A case of tetanus neonatorum. Lancet. July 25. — 35) Turner, G. A., The successful preventive treatment of the scourge of St. Kilda (Tetanus neonatorum). Brit. Med. Journ. Oct. 24. — 36) Taylor, G. C., A case of tetanus neonatorum. Lancet. Dez. 19. — 37) Zimmermann, C., Prevention of ophthalmia neonatorum. Cleveland Journal of Medicine. Febr. — 38) Cohn, H., Ueber Verbreitung und Verhütung der Augeneiterung der Neugeborenen. Berlin. — 39) Koblank, Die Verhütung der eitrigen Bindehautentzünd. Neugeborener. Zeitschr. f. Gynäk. Bd. 35. S. 474. — 40) Abrahams, R., Rheumatismus neonatorum. New York Med. Record. Oct. 17. — 41) Aufrecht, Acute

Leberatrophie bei Sclerema neonatorum. Centralbl. f. inner. Med. No. 11. — 42) Peter, W., Zur Aetiologie des Pemphigus neonatorum. Berl. klin. Wochenschr. No. 6. — 43) Gottschalk, Staphylococcenciter aus einem metastasirenden Mammaabscess beim Neugebor. Zeitschr. f. Gynäk. Bd. 35. S. 148. — 44) Audebert et Arnozan, Albuminurie des nouveau-nés. Abeille médicale. No. 23. — 45) Jakobi, Les néphrites du nouveau-né. Ibid. No. 25. — 46) Cohn, M., Zur Lehre von den septico-pyämischen Nabelinfectionen der Neugeborenen und ihrer Prophylaxe. Therap. Monatshefte. März. — 47) Ohm, J., Die septischen Nabelerkrankungen der Neugeborenen. Diss.-Inaug. Berlin. — 48) Anthes, E., Ueber den Einfluss des Bades auf die Nabelwundheilung der Neugeborenen. Diss.-Inaug. Halle. — 49) Puech, P., Un cas de tumeur du sternomastoidien chez le nouveau-né. Nouv. Montpell. méd. No. 3. — 50) Langerhans, R., Ueber Melaena traumatica. Aerztliche Sachverständigenzeit. No. 1. — 51) Dietel, Melaena neonatorum (Demonstration.) Centralbl. f. Gynäk. S. 1144. — 52) Swoboda, N., Zur Aetiologie der Melaena. Wien. klin. Woch. No. 41. — 53) Reusing, H., Beiträge zur Physiologie der Neugeborenen; II. Theil: Die Ausscheidung fremder, von der Mutter auf den Foetus übergangener Stoffe mit dem Urin der Neugeborenen. Zeitschr. f. Gynäk. Bd. 34. — 54) Knoepfelmacher, W., Das Verhalten der rothen Blutkörperchen beim Neugeborenen mit Rücksicht auf den Icterus neonatorum. Wien. klin. Woch. No. 43. — 55) Kautzsch, W., Zur Obliteration der fötalen Gefässe. Diss.-Inaug. Halle. — 56) Schaeffer, O., Ueber die Schwankungsbreite der Gewichtsverhältnisse von Säuglingen in den ersten vierzehn Lebenstagen und die Ursache dieser Schwankungen Arch. f. Gynäk. Bd. 52. Heft 2. — 57) Kussmaul, A., Untersuchungen über das Seelenleben des neugeborenen Menschen. Tübingen. S. 58. — 58) Fischel und Wunschheim, Ueber Schutzkörper im Blute des Neugeborenen. Berlin. — 59) Haberda, A., Die foetalen Kreislaufwege des Neugeborenen und ihre Veränderungen nach der Geburt. Wien. S. 109.

Hegar (1) hat in der Freiburger Klinik seit mehreren Jahren Untersuchungen über Brüste und Stillgeschäft vorgenommen. Nach diesen Ergebnissen und unter Berücksichtigung diesbezüglicher Statistik von Fehling kommt H. zu dem Schluss, dass ungefähr 30 pCt. der Wöchnerinnen ihr Kind etwa 6 Monate hindurch ausschliesslich an der Brust zu ernähren im Stande sind. H. befürchtet, dass jemehr das Selbststillen abnehmen wird, die Brüste in Folge des Unterlassens des Stillens ebenso wie andere ausser Gebrauch gesetzte Körpertheile zu rudimentären Organen degeneriren werden. Durch Vermeidung jeder fest anschliessenden, einschnürenden, zu warmen Kleidung, durch passende Pflege der Haut und des ganzen Körpers, gute Ernährung, frische Luft soll man gegen die Schädlichkeiten ankämpfen, welche im extrauterinen Leben die Ausbildung der Brüste und ihre Functionen hemmen.

Unter 900 stillenden Frauen waren nach Remfry's (3) Zusammenstellung 57 pCt., bei denen die Menstruation sistirte. In den anderen 43 pCt. der Fälle waren nur 26 pCt. mit regelmässigen Periodenblutungen. Von den nicht menstruirten concipirten nur 6 pCt., von den menstruirten 60 pCt. während der Lactation u. z. war die Wahrscheinlichkeit für die Empfängniss um so grösser, je regelmässiger die Blutungen auftraten.

Drews (4) hat in 25 Fällen den Einfluss der Somatose auf die Milchbereitung studirt und glaubt aus seinen Erfahrungen den Schluss ziehen zu dürfen, dass die Somatose auf die Brustdrüsen von stillenden Frauen eine specifische Wirkung ausübe: sie erzeugt eine reichliche Secretion der Muttermilch und bringt die beim Stillen auftretenden Beschwerden rasch zum Verschwinden. Dosis 3—4 mal täglich 1 Theelöffel.

Schmid (17) beobachtete zweimal schwere Herzparalyse wenige Stunden nach der Geburt. Der eine Fall kam 3 Stunden post p. ad exitum; die Section ergab eine ausgedehnte, fettige Degeneration der Herzmuskelfasern. (Die zwar nur an einzelnen Stellen höhere Stellen erreichte, aber so verbreitet war, dass wenig intacte Muskelfasern zu finden waren). Die andere Frau genas. Auch in diesem Fall ist S. geneigt, die stürmischen Erscheinungen auf eine Fettentartung des Herzmuskels zurückzuführen.

Sehr eingehende Untersuchungen über die Gewichtsschwankungen der Kinder in den ersten Lebenstagen hat Schäffer (56) in der Heidelberger Klinik angestellt. Wägungen bei 595 reifen, gesunden Neugeborenen ergaben folgende Resultate: Nur $14\frac{1}{2}$ pCt. aller Kinder haben am 7. Tage, 41 pCt. erst am 14. Tage, ihr Anfangsgewicht erreicht oder überschritten, $44\frac{1}{2}$ pCt. bleibt am 14. Tage unter seinem Anfangsgewicht. Das Mindestgewicht fällt auf den 3. Tag, das Anfangsgewicht wird durchschnittlich am 9.—10. Tage erreicht. Die Gewichtsschwankungen sind durch den Stoffwechsel und das ausserordentliche Wärmebedürfniss des Neugeborenen zu erklären. S. giebt dann eine Erklärung des Icterus neonatorum, die der Hofmeier'schen Theorie sehr nahe steht. Der Icterus der Neugeborenen kommt zu Stande auf Grund der Consumption des kindlichen Körpers zum Zwecke der Wärmeproduction: dadurch vermehrte Gallenbildung in der Leber, zumal bei dem Wassermangel des Körpers und dem dadurch bedingten zahlreicheren Zerfall von rothen Blutkörperchen. Die Galle gelangt in die Blutbahn, weil Wassermangel im Körper besteht und dadurch der Druck im Gallengangsymstem gering ist, weil ferner die geringe Nahrungszufuhr die Gallenbewegung nicht anregt und zugleich den Druck in der V. portae nicht, dem fortgefallenen Druck der Nabelvene ensprechend, erhöht, sodass bei der durch Athmung reger gewordenen Entlastung der Hohlader der Rückdruck von Seiten des Lebergefässsystems gegen die Galle ein geringer ist. Dadurch Resorption derselben.

Ebenfalls aus der Heidelberger Klinik hat Heil (23) Wägungen von normalen Wöchnerinnen — 100 an der Zahl — vorgenommen. Die Ergebnisse sind hier günstiger als die von anderen Autoren mitgetheilten, indem im Durchschnitt der Gewichtsverlust geringer, der Beginn der Gewichtszunahme zeitiger angegeben wird. Diese Thatsache erklärt H. in Uebereinstimmung mit Baumm aus den guten Verpflegungsbedingungen dieser Anstalt. Die Ergebnisse sind folgende: In den meisten Fällen während den ersten 8 Tagen des Wochenbettes stetiger Gewichtsverlust, am 9. Tage überschreiten 82 pCt. bereits das Mindestgewicht. Der Gesammtverlust beträgt

bei einem Durchschnittsanfangsgewicht von 55,5 kg für eine Wöchnerin 2,29 kg. Gegen Ende der zweiten Woche meistens noch secundärer Gewichtsverlust. Bei Nichtstillenden bleibt der Gewichtsverlust hinter dem Mittel zurück. Der grösseren Körpermasse entspricht eine grössere Gewichtsabnahme. Die constatirte Abnahme in den ersten Wochenbettstagen und eine solche secundäre nach Verlassen des Bettes, sowie die Gewichtszunahme gegen Ende der ersten Woche des Puerperium scheinen physiologisch zu sein.

[Gaszynski, St., Ein Beitrag zur Behandlung der Nabelschnur bei Neugeborenen. Medycyna. No. 34. 35. (Bestreuen des Nabelschnurrestes mit Airol und Einpackung in trockene Verbandwatte wird empfohlen.)
Kosminski (Krakau).]

II. Fieberhafte Puerperalprocesse.

1) Adam, J., Puerperal fever treated by antistreptococcic serum, followed immediately by enteric fewer; Recovery. Brit. med. journ. p. 1825. — 2) Williams, J. D., The value of the antistreptococcic serum in the treatment of severe puerperal septicaemia. Ibidem. Oct. 31. — 3) Leask, H. L. G., Puerperal fever treated by antistreptococcus serum. Ibidem. June 20. — 4) Vinay, Ch., Traitement de la septicémie puerpérale par le sérum antistreptococcique. Lyon. méd. No. 4. — 5) Mc Kerron, R. G., Antistreptococcus serum in puerperal fever. Brit. med. journ. Oct. 10. — 6) Laran, Traitement de l'infection puerpérale par le sérum de Marmorek. Paris. — 7) Jaworski, J. v., Zur Aetiologie und Pathogenese des Kindbettfiebers. Wien. med. Presse. No. 10. — 8) Vahle, Ueber das Vorkommen von Streptococcen in der Scheide Gebärender. Zeitschr. f. Gynäk. Bd. 35. Heft 2. — 9) Goebel, Der Bacteriengehalt der Cervix. Centralbl. für Gyn. No. 4. — 10) Oliver, Th., Gangrene of the leg in puerperal women, with severe pain in, and analgesia of the affected Limb. Lancet. July 4. — 11) Byers, J. W., A plea for the early recognition and treatment of puerperal fever. Lancet. Aug. 22 und Brit. med. journ. Oct. 24. — 12) Murphy, J., The surgical treatment of so-called puerperal fever. Brit. med. journ. Jan. 11. — 13) Rouse, E. R., Gangrene complicating puerperal mania. Lancet. No. 14. — 14) Moscato, P., Un caso di flebite trombotica delle vene renali consecutiva a quella delle crurali in una puerpera. Gazz. Lombard. 34. — 15) Kaempffer, L., Beitrag zur Frage der Selbstinfection im Wochenbett. Deutsche med. Wochenschr. No. 5. — 16) Schmid, Zur Behandlung parametritischer Exsudate im Puerperium. Württemb. Corresp.-Bl. No. 15. — 17) Soulagnes, Deux cas de suppuration post-puerpérale du petit bassin. Nouv. Montpell. méd. p. 433. — 18) Rossi-Doria, T., Ueber die localen und allgemeinen Intoxicationen als praedisponirende Ursache der Puerperalinfectionen. Münch. med. Wochenschr. No. 51. — 19) Heitzmann, J., Ueber puerperale Exantheme. Wien. med. Wochenschr. No. 30. — 20) Saft, H., Beiträge zur Puerperalfieberfrage. Archiv f. Gynäkol. Bd. 52. H. 3. — 21) Van de Velde, Th., Recherches expérimentales sur l'Auto-Intoxication gravidique. Rev. obstétricale internationale. — 22) Schumacher, H., Ueber Salpingitis und Parametritis gonorrhoica im im Wochenbett. Inaug.-Diss. Halle. — 23) Desternes, J., Indications et rôle du bain froid dans le traitem. de l'infect. puerpér. Paris. — 24) Herrenscheider, Ein Beitrag zur causalen Behandlung des Kindbettfiebers. Strassburg. — 25) Carossa, K., Eine neue Methode zur Behandlung des Kindbettfiebers mit durchschlagendster Wirkung. München. — 26) Pinard et Wallich, Traitement de l'infection puerpérale. Paris. — 27) Hofbauer, J., Zur Verwerthung einer künstlichen Leucocytose bei der Behandlung septischer Puerperalprocesse. Centralbl. für Gynäk. No. 17. — 28) Husartschik, J. M., Ueber die Behandlung der puerperalen Endometritis mittels Tamponirung der Uterushöhle. Wratsch. No. 1. — 29) Koblanck, Zur puerperalen Infection. Zeitschr. f. Gyn. Bd. 34. Heft 2. — 30) Kahn, E., Die therapeutische Anwendung des Dampfes gegen Endometritis puerperalis. Centralbl. f. Gyn. No. 49. — 31) Herman, G. E., The prevention of puerperal fever in private practice. Brit. med. journ. Jan. 11. — 32) Robinson, G. D., On certain micro-organismes of obstetrical and gynaecological interest. Obstetric. Transact. p. 263.

Williams (2) veröffentlicht 6 Fälle von schwerer puerperaler Septicaemie, die mit Antistreptococcenserum behandelt wurden und bespricht noch 8 Fälle aus der Literatur, von denen zusammen nur 2 einen tödtlichen Ausgang nahmen. Daran knüpft er Erörterungen über die Wirkung, Nebenwirkungen, Art der Anwendung und Dosirung des Mittels. Ebenso hat Mc Kerron (5) in 3 Fällen von Puerperalfieber eine günstige Wirkung des Antistreptococcenserums constatiren können. Temperatur und Pulsfrequenz gingen herab und es trat eine Besserung des subjectiven Befindens ein. Nachtheilige Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Auch Adam (1) brachte einen Fall von Wochenbettfieber durch Injectionen mit Antistreptococcenserum zur Heilung, und meint, dass es anscheinend ungefährlich sei, doch wolle er aus diesem einen Fall nichts Bestimmtes über den Werth des Mittels folgern. Leask (3) spricht sich ebenfalls günstig über die Serumbehandlung bei puerperaler Infection aus. In dem von L. mitgetheilten Fall war die Wirkung dieser Therapie unverkennbar, da schon am nächsten Tage nach der Injection ein deutlicher Nachlass des Fiebers bemerkbar war und das Allgemeinbefinden bedeutend besser wurde. 5 Tage nach der Injection konnte Pat. schon aufstehen.

Wenig Erfolg dagegen hat Vinay (4) mit der Serumbehandlung erzielt. In zwei Fällen (Abort resp. rechtz. Geburt) glaubte er einen günstigen Einfluss der Injectionen auf den Krankheitsverlauf constatiren zu müssen, indem die Temperatur schnell abfiel und Heilung eintrat. Bei einer dritten Kranken waren dieselben ohne Erfolg; ebenso im vierten Falle, in dem die Behandlung nicht gegen das Wochenbettfieber, sondern gegen eine das letzte complicirende Psychose gerichtet war.

Vahle (8) untersuchte das Vaginalsecret von 30 Graviden und 60 Gebärenden. Bei der ersten Serie konnte er in 3, bei den Gebärenden in 15 Fällen Streptococcen nachweisen. Für die theilweise negativen Resultate anderer Untersucher nimmt V. als Ursache die Anwendung ungeeigneter Nährböden an; er selbst verwendete Traubenzuckerglycerinagar. Als Consequenz dieser Untersuchungsergebnisse wird der Vorschlag gemacht, bei jeder Geburt, auch bei den voraussichtlich normalen, eine prophylactische Scheidenausspülung vorzunehmen.

Goebel (9) fand im Gegensatz zu Winter und in Uebereinstimmung mit Walthard u. Stroganoff,

dass die Cervix gesunder Schwangerer im Allgemeinen Bacterien enthält.

Kaempffer (15) versucht durch eine etwas unklare Beobachtung die Casuistik der Selbstinfection zu vermehren. Es sei hervorgehoben, dass einmal eine Pfuscherin die Abnabelung besorgt hatte [K. selbst war erst 4 Wochen post partum herzugezogen worden], und zweitens fand sich ein daumendicker stinkender Fibrinpolyp, der durch den weit geöffneten Muttermund bis auf den Boden der Scheide herabragte, 2 Punkte, die in dieser Frage eine wesentliche Berücksichtigung erheischen. Ref.)

v. Jaworski (7) glaubt in seiner Beobachtung eine Stütze für die Lehre der Identität des Fehleisen'schen (Erysipel-) Streptococcus mit dem (eitererregenden) Rosenbach'schen Streptococcus erblicken zu dürfen. Eine im 9. Monat schwangere Frau erkrankte an Gesichtsrose und gebar 5 Tage nach den ersten Infectionserscheinungen. 5 Tage post partum trat eine circumscripte Peritonitis und leichtes Oedem und Schmerzhaftigkeit der rechten unteren Extremität auf. An der Vulva und an der Portio erodirte Stellen mit einem grauweissen Belag. Zu derselben Zeit wurde eine eitrige Mittelohrentzündung rechterseits — das Erysipel hatte sich dahingezogen — festgestellt. Mit dem Eiter aller erkrankten Theile machte J. Impfungen und Züchtungen, die einen identischen Microorganismus zu Tage förderten.

Heitzmann (19) ist der Ueberzeugung, dass im Puerperium ausser den Exanthemen der zufällig hinzugetretenen acuten Infectionskrankheiten auch solche Exantheme vorkommen, welche mit keiner derartigen specifischen accidentellen Infection in Zusammenhang zu bringen sind. Sie sind vielmehr ein auf der allgemeinen Hautdecke zum Ausdruck kommendes Symptom des gleichzeitig sich entwickelnden septischen oder pyämischen Puerperalprocesses. Sie sind wirkliche puerperale Exantheme und bringen den Grad der Erschöpfung oder die Intensität und Ausbreitung der stattgehabten Blutvergiftung zum sichtbaren Ausdruck. Die Form ist wechselnd, bald handelt es sich um erythematöse, diffuse Röthungen, bald um Roseola- oder Morbillen-ähnliche Hauteruptionen, manchmal (wohl sehr selten) sind es Efflorescenzen, die einer Variola haemorrhagica täuschend gleichen. Die Differentialdiagnose kann gegenüber jenen accidentellen Erkrankungen oft ungemein schwer sein. Hierher gehört auch die Miliaria rubra resp. alba oder crystallina der Wöchnerinnen. Als Ursache dieser Wochenbettexantheme ist eine noch nicht näher bekannte Ptomainintoxication oder eine bacterielle Invasion zu betrachten.

Kinderkrankheiten

bearbeitet von

Prof. Dr. ADOLF BAGINSKY in Berlin.*)

I. Anatomie. Physiologie. Allgemeine Pathologie. Semiotik. Diätetik. Hygiene. Therapie.

1) Czerny, Ad., Zur Kenntniss des physiologischen Schlafes. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. XLI. 3—4. — 2) Gutzmann, Ueber Sprachstörungen in der Pubertätsentwickelung. Archiv f. Kinderheilk. Bd. 19. — 3) Bendix, B., Beiträge zum Stoffwechsel des Säuglings. Jahrb. f. Kinderheilk. XLIII. — 4) Winner, W. G., Unusual symptoms connected with teething. Med. a. surg. reporter. July 11. — 5) Rehn, H., Die Theorien über die Entstehung des Stimmritzenkrampfes im Lichte eines Heileffects. Berlin. klin. Wochschr. No. 38. — 6) Lancereaux, M., L'alcoolisme chez l'enfant; son influence sur la croissance. Bull. de l'acad. 40. — 7) Emmerich, Ueber den Alcoholmissbrauch im Kindesalter. Arch. f. Kinderheilk. XX. 3—4. — 8) Umikoff, N., Zur differentiellen chemischen Reaction der Frauen- und Kuhmilch und über die Bestimmung der Lactationsdauer der Frauenbrust. Jahrb. f. Kinderheilk. XLII. 3—4. — 9) Feer, E., Beobachtungen über die Nahrungsmengen von Brustkindern. Ebend. XLII. 2. — 10) Camerer, Der Nahrungsbedarf von Kindern verschiedenen Lebensalters. Zeitschr. f. Biologie. N. F. XV. 3. — 11) d'Arcy Power, Remarks on cystic Lymphangiome in chilchood, its differential diagnosis and treatment. Brit. med. Journ. May 16. — 12) Kamiénski, St., Ueber chylöse Ergüsse in die serösen Höhlen des Körpers in Folge eines Falles von Ascites chylosus bei einem Säuglinge. Jahrb. f. Kinderheilk. XLI. 3—4. — 13) Escherich, Th., Ueber den Status

*) Bei Abfassung dieses Berichtes bin ich auch in diesem Jahre von Herrn Dr. Strelitz wesentlich unterstützt worden. Baginsky.

lymphaticus der Kinder. Berl. klin. Wochschr. No. 29. — 14) Galatti, Demetrio, Zur prognostischen Bedeutung des Status lymphaticus der Kinder. Wien. med. Bl. No. 50. — 15) Owen, Childrens spines. Lancet. Jan. 25. — 16) Smith, Lewis, Best methods of examining sick children, with a consideration of some obscure or rare maladies. Med. news. Dec. 19. — 17) Lange, S., Ein Fall von gleichzeitiger Infection mit Scharlach und Masern. Jahrb. f. Kinderheilk. XLII. 1. — 18) Bruck, A., Ueber die Bedeutung der Ohrenkrankheiten für den kindlichen Organismus. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 20. H. 1 u. 2. — 19) Carmichael, James, Diagnosis of disease in children. Edinb. Journ. 1895. Dec. — 20) Simmonds, M., Ueber Nierenveränderungen bei atrophischen Säuglingen. Dtsch. Arch. f. klin. Med. 56. Bd. — 21) Beumer und Peiper, Zur Vaccine-Immunität. Berl. klin. Wchschr. No. 34. — 22) Soltau Fenwick, W., Report on the pathology of infantile marasmus. Brit. Journ. Sept. 26. — 23) Ranke, H., Zur Scharlachdiphtherie. Münch. med. Wochenschr. 42. — 24) Médéric, Caillaud, Des gangrènes infectieuses disséminées de la peau chez les enfants. Gaz. Lertdom. med. et chir. 2. Aout. — 25) Steele, E. A. T., A case of acute spreading gangrene treated with antistreptococcus serum. Brit. med. journ. Dec. 19. — 26) Winocouroff, Zur Lehre von der Sarcomatose. Multiples Sarcom der inneren Organe bei einem 12jährigen Knaben. Arch. f. Kinderheilk. XXI. 1—3. — 27) Berggrün, E., Ein Fall von allgemeiner Neurofibromatose bei einem 11jährigen Knaben. Ebend. XXI. — 28) Torday, Fr., Ein Fall von Riesenwuchs der unteren Extremitäten. Jahrb. f. Kinderheilk. — 29) Fischer, Otto, Beiträge zur Pathologie der Thymusdrüse. Inaug.-Diss. Berlin. — 30) Siegel, Ernst, Ueber die Pathologie der Thymusdrüse. Berlin. klin. Wochensch. No. 40. — 31) Heidenhain, Coeslin. Tod eines 14jährigen Knaben durch Lymphosarcoma thymicum. Ebend. No. 40. — 32) Koeppe, H., Plötzlicher Tod eines gesunden Kindes. Casuistischer Beitrag zu den Fällen von Thymushyperplasie. Münch. med. Wochenschr. No. 39. — 33) Soehla, K., Ueber die Einwirkung des Thymussaftes auf den Blutkreislauf und über die sogenannte Mors thymica der Kinder. Wien. med. Bl. No. 46. 50. — 34) Biedert, Tod unter croupähnlichen Erscheinungen. Ein Beitrag zur Lehre von den Thymus- (und Bronchialdrüsen-) Schwellungen. Berlin. klin. Wochenschr. No. 26. — 35) Heubner, O., Beobachtungen und Versuche über den Meningococcus intracellularis (Weichselbaum, Jäger). Jahrb. f. Kinderheilk. XLIII. — 36) Mecray, P. M. and J. J. Walsh, Some notes on the bacteriology of mumps. Med. record. Sept. 26. — 37) Knoepfelmacher, In wie weit ist ein Muttermilchersatz als Säuglingsnahrung möglich? Wien. klin. Wochenschr. No. 33. (Zusammenfassendes Referat!) — 38) Sommerfeld, P., Neuere Arbeiten über Kuhmilch, ihre Untersuchung, Verfälschung, Conservirung, Milchwirthschaft, Milchsterilisirung und Kindernahrung. Arch. f. Kinderheilk. XX. 1. 2. — 39) Camprell, Johns., The advantages and disadvantages of the use of sterilised milk for infant feeding. Brit. med. journ. Sept. 12. — 40) Aitchison Robertson, W. G., The constitution and use of infants foods. Edinb. med. journ. Nov. — 41) Slifer, H. F., Artificial feeding of infants. Med. and surg. Rep. Sept. 12. — 42) Macphail, A., The artificial feeding of children. Brit. med. journ. Dec. 19. — 43) Stross, Beobachtungen über die Ernährung der Säuglinge. 30. Bericht des Jennerschen Kinderspitales. Bern. — 44) Landau, R., Zur Ernährungsfrage der Säuglinge. Wien. med. Presse. No. 22. — 45) Heilmann, A., Beitrag zu den Erfahrungen über die künstliche Ernährung gesunder Säuglinge. Jahrb. f. Kinderheilk. XLI. 3—4. — 46) Temesvary, R., La question des nourrices. Arch. de gyn. et de tocolog. — 47) v. Starck, Zur Anwendung des Soxhlet Milchkochers. Münch. med. Wochschr. No. 6. — 48) Hochsinger, Carl, Practische Winke und Neuerungen zum Soxhlet'schen Milchkochverfahren. Wien. med. Presse. No. 15. 16. 17. — 49) Schramm, F., Versuche mit Somatose. Arch. f. Kinderheilk. XXI. 1—3. — 50) Wolf, Heinrich, Ueber die Anwendung der Somatose im Säuglingsalter und bei Verdauungsstörungen älterer Kinder. Allgem. Wien. med. Zeitung. No. 26. — 51) Fürst, L., Ueber amylumhaltige Milchconserven. Berl. klin. Wochschr. No. 32. — 52) Hamburg, Ueber die Zusammensetzung der Albumosemilch und deren Anwendung bei Kindern und Erwachsenen. Ebend. No. 35. — 53) Hesse, W., (Dresden), Ueber einen neuen Ersatz der Muttermilch. Ebend. No. 30. — 54) Gaertner, Gust., Publicationen über meine Fettmilch. Wien. med. Wochenschr. No. 23. — 55) Stöck, H., Ueber die Anwendung von Dr. Lahmann's „vegetabiler Milch." Ebend. No. 11. — 56) Cantley, E., A special milk for infants (cream milk). Lancet. Jan. 11. — 57) Wohlberg, Karl, Beobachtungen aus dem Absonderungshause der med. Klinik in Göttingen. Inaug.-Diss. Göttingen. 1895. — 58) Meinert, E., Ueb. Krankenpflege bei acuten Infectionskrankheiten des Kindesalters. Zeitschr. f. Krankheitspflege. No. 8. 9. — 59) Derselbe, Die hygienische Behandlung der acuten Infectionskrankheiten des Kindesalters. Verhandlungen der 12. Versammlung der Ges. f. Kinderheilk. Dresden. 1895. — 60) Wollenmann, A. G., Prophylaxes in infectious diseases of children. Med. and surg. Report. Febr. 29. — 61) Meinert, Ueber die hohe Kindersterblichkeit der heissen Monate und über die Mittel, ihr Einhalt zu thun. Dresden. — 62) Grebner, Cannes, ein Wintercurort für Kinder. Jahrb. f. Kinderheilk. XLII. 2. — 63) Johannessen, A., Bemerkungen über die Behandlung atrophischer Kinder in der Couveuse. Ebend. XLI. Bd. H. 3. — 64) Antichievich, Zwei Fälle von Glycerinintoxication. Arch. f. Kinderheilk. XX. 1. 2. — Berggrün, E., Ein Fall von Vergiftung mit Beeren der Tollkirsche. Arch. f. Kinderheilk. XXI. — 66) Kilian, Otto, The bicycle for scoliosis. Med. Record. Oct. 31. — 67) Fischer, L., (New York), Zur Behandlung der Hyperpyrexie im Kindesalter. Therap. Wochenschr. No. 21. — 68) Dobrowsky, A., Beitrag zur Frage der Anwendung des Thyreoidins in der Kinderpraxis. Arch. f. Heilk. XXI. 1—3. — 69) Goldschlager, Sopra molti successi ottenuti col salofene. Raccoglitore. 30. IV. — 70) Comby, L'arsenic en medecine infantile. Bull. de therapeut. CXXXI. II. — 71) Hock, August, Die Kreosotbehandlung im Kindesalter. Wien. med. Bl. No. 49. — 72) Hahn, Airol, ein neues Wundheilmittel. Aerztl. Practiker. No. 13. — 73) Adsersen, Das Gewicht kranker Säuglinge. Nordisk. med. Arkiv. No. 13. — 74) Bakiewicz, Ueb. die Ernährung der Säuglinge mit Kuh- und Frauenmilch. Gaz. lekarska. No. 21—23. — 75) Oltuszewski, Ueber das Verhältniss der Entwicklung der Sprache beim Kinde zu seiner Intelligenz. Medyzyna. No. 6. 7.

Ein Kind mit einem erworbenen Schädeldefecte bot Czerny (1) Gelegenheit, das Verhalten der Gehirnpulsation während des physiologischen Schlafes zu untersuchen. Es geschah dies in der Weise, dass über dem Schädelknochendefecte mittelst Heftpflasterstreifen eine Capsel befestigt wurde, welche es möglich machte, durch Luftübertragung die Gehirnpulsationen auf einer langsam rotirenden Trommel zu verzeichnen. Mit dem Augenblick, in welchem das Kind die Augen schloss und die Form der Athmung für den eingetretenen Schlaf characteristisch wurde, nahm die Höhe der Gehirnpulsation sofort rapid zu. Die Zunahme erreichte ihr Maximum innerhalb der ersten halben Stunde des Schlafes, also zur Zeit der höchsten Schlaftiefe. Da die Gehirn-

pulsationen arteriellen Ursprungs sind, so kann aus diesen Beobachtungen ersehen werden, dass im Schlaf eine arterielle Hyperämie des Gehirns besteht, welche ihren höchsten Grad mit der grössten Schlaftiefe erreicht.

Gutzmann (2) macht unter Anführung von vier selbst beobachteten Fällen auf die Sprachstörungen in der Pubertätsentwicklung aufmerksam. Die meisten Sprachstörungen entstehen neu mit dem 6.—8. und mit dem 14.—15. Lebensjahre. Die Erklärung der letzteren Thatsache ist nicht so sehr schwierig, wenn wir die Entwicklung derjenigen Organe betrachten, die eine allgemeinere oder besondere Beziehung zur Sprache haben: Wachsthum des Körpers (sowohl Länge wie Gewichtszunahme), Entwicklung des Gehirns, Athmungsorgane, Stimmorgane. Das Körperwachsthum hat nach der Ansicht von Gutzmann mindestens einen mittelbaren Zusammenhang mit der Entstehung von nervösen Sprachstörungen, besonders wird dabei der Umstand von Bedeutung, dass das rapide Längenwachsthum besonders bei den Knaben erst später von der Gewichtszunahme gefolgt wird. Bei den Mädchen ist das Missverhältniss nicht so gross. In Uebereinstimmung damit wurden bis zur Pubertätsperiode (inclusive) von 100 stotternden Schulkindern 71 pCt. Knaben und 29 pCt. Mädchen gezählt, nach Ablauf der ersten stürmischen Pubertätsentwicklung, nach dem 17. Jahre dagegen 90 pCt. Männer gegenüber nur 10 pCt. Frauen. — Die wichtigste Veränderung in der Pubertätsperiode, die auch in dem directesten Zusammenhang mit Sprachstörungen steht, ist die Veränderung des Kehlkopfes. Auch hierbei ist es wieder das männliche Geschlecht, das die grösste Veränderung aufweist. Dementsprechend finden wir beim männlichen Geschlecht viel mehr Stimmstörungen, aus denen leicht Sprachstörungen hervorgehen können, als beim weiblichen. Zu diesen körperlichen Veränderungen der Pubertätsentwicklung gesellen sich auch oft psychische Störungen, welche directen Einfluss auf die Entstehung von Sprachstörungen haben: exaltirtes Wesen, müssiges Träumen und Schwärmen u. s. f., Störungen, die allgemein bekannt sind, deren Einfluss auf die Entstehung von Sprachstörungen jedoch noch nicht genügend gewürdigt ist.

Winner (4) trägt der neuerdings wieder auftretenden Neigung, dem Zahndurchbruch alle möglichen Krankheiten zuzuschieben, Rechnung und erzählt eine etwas laienhafte Geschichte von einem 5 monatlichen Kinde, welches an Husten, Darmcatarrh, Fieber, Pupillenungleichheit und anderen cerebralen Erscheinungen litt, und welches mit dem Moment der Incision des Zahnfleisches oberhalb des durchbrechenden Zahnes gesund wurde.

Als ernstlich discutable Theorien über die Entstehung des Stimmritzenkrampfes oder des „spastischen Symptomencomplexes“ — wie er ihn genannt haben will — sieht Rehn (5) folgende zwei an: Die eine, welche die Ursache allein in einer fehlerhaften Ernährung und die andere, welche die Ursache in dem rachitischen Process sucht.

Rehn ist Anhänger der ersten Theorie und glaubt den Beweis für die Richtigkeit derselben durch fünf Krankengeschichten zu erbringen. Fünf künstlich ernährte, sämmtlich rachitische resp. mit Schädelrachitis behaftete Kinder im ersten Lebensjahre leiden an respiratorischen oder eclamptischen Krämpfen seit mehr oder minder langer Zeit. Die Zufuhr guter Ammenmilch bringt sofort oder nach 2—3 Tagen alle krankhaften Symptome zum Verschwinden. Die Rachitis kann für diese Fälle nicht als ätiologischer Factor herangezogen werden, denn obwohl sämmtliche Kinder die Merkmale der Schädelrachitis noch Wochen und Monate lang zeigten, sind die convulsiven Anfälle für immer ausgeblieben. Wir haben es also nach Rehn einzig und allein mit einem von den sensiblen Endigungen des Vagus im Magen auf Grund fehlerhafter Ernährung ausgelösten Reflexkrampf zu thun, welcher unter noch unbekannten Bedingungen — es erkrankt ja nur ein gewisser Procentsatz künstlich ernährter Kinder — zu Stande kommt. Als Ursache müssen wir wohl die Bildung von Toxinen annehmen, welche wahrscheinlich schon im Magen gebildet werden und flüchtiger Natur sind, da in manchen Fällen schon nach der ersten Zuführung von menschlicher Milch die convulsiven Anfälle ausblieben.

Die kleine Abhandlung von Lancereaux (6) enthält nichts bemerkenswerthes Neues; bei uns in Deutschland ist schon seit Jahren von den verschiedensten Autoren auf die schädliche Wirkung des Alcohols im Säuglingsalter hingewiesen worden; dieselben Gesichtspunkte sind auch in der obigen Arbeit maassgebend.

Emmerich (7) berichtet über mehrere Fälle von Alcoholmissbrauch, die er beobachtet hat. Die gewohnheitsmässig eingeführte Menge des Alcohols war dabei eine ganz beträchtliche, und zwar waren die Mütter dabei stets in dem Glauben, dem Kinde etwas besonders Kräftiges und Heilsames zu geben. In einem Falle fand sich bei der Section eine ausgesprochene Lebercirrhose. Ein anderes Kind hatte heftige Convulsionen bekommen, ein drittes war an Chorea erkrankt.

Durch Zufall, beim Arbeiten über die Eiweisskörper der Kuh- und Frauenmilch, gelangte Umikoff (8) zu der im Titel angegebenen interessanten Entdeckung. Er bemerkte beim Einwirken verschiedener Mengen Ammoniak auf Kuh- und Frauenmilch, und zwar beim Stehenlassen der Mischungen der Milch mit Ammoniak auf kürzere oder längere Dauer, dass die Frauenmilch dabei stets eine rothviolette Farbe annahm, während die Kuhmilch unter denselben Bedingungen nie solch eine Verfärbung zeigte. Die Intensität der rothvioletten Farbe ist direct proportional der Ammoniakmenge; bei 0,1 ccm Ammoniak auf 5 ccm Milch wird die Farbe intensiv violett bei gleichen Volumen Milch und Ammoniak. Das Erwärmen der Mischung der Frauenmilch mit Ammoniak beschleunigt das Erscheinen der rothvioletten Farbe. Beim Kochen verliert die Reaction an Aussehen, man erhält eine bräunlich-violette Verfärbung. Chlorammonium vernichtet die Reaction.

Die Reaction zeigte sich weiterhin von grosser Wichtigkeit, um die Frauenmilch einer jüngeren von derjenigen einer älteren Lactationsperiode zu unter-

scheiden. Wenn man je 5 ccm Milch nimmt, die von Stillenden stammt, die vor einer, zwei Wochen, einem, zwei, drei u. s. w. Monaten geboren haben, so erhält man beim Zusatz von gleichen Mengen Ammoniak eine Farbenscala der Milch von blassroth-violett bis zur intensiv violetten Farbe, so dass man im Allgemeinen die Regel aufstellen kann, dass, je älter die Milch ist, desto intensiver die Reaction. Dank dieser verschiedenen Verfärbung erhält man die Möglichkeit, das Alter der Ammenmilch leicht zu erkennen.

Feer (9) hat an zwei eigenen und einem fremden Kinde, welche von ihren Müttern genährt wurden, während der ganzen Lactationsperiode Untersuchungen über die Nahrungsmengen angestellt. Es ist geeigneter, solche Untersuchungen an Brustkindern zu machen, weil bei normalem Organismus der Mutter dem Säugling gerade die nöthige Milchmenge gespendet wird, während bei künstlicher Ernährung es schwer wird, ein Urtheil zu gewinnen, ob die verabreichte Nahrung wirklich dem Bedürfniss entspricht. Untersuchungen der letzten Jahre haben ergeben, dass bei der Ernährung mit Kuhmilch der Grad der Verdünnung weniger Wichtigkeit hat, als die absolute Menge der Nahrung; um so wünschenswerther ist es, genauere Kenntniss der Muttermilchmengen zu besitzen, welche gesunde Brustkinder aufnehmen, um daraus die erforderliche Kuhmilch zu bestimmen.

Die Kinder wurden alle 3 Stunden angelegt, Nachts wurde von der 8. resp. von der 12. Woche an ganz pausirt. Das Mittel aus den maximalen Nahrungsaufnahmen von 7 fortlaufend beobachteten Brustkindern (ausser den Beobachtungen vom Verf. noch solche von Ahlfeld und Hähner) ergiebt:

1. Woche	113 g
2. Woche	126 „
3. Woche	133 „
4. Woche	144 „
5.—8. Woche	189 „
9.—12. Woche	208 „
13.—16. Woche	241 „
17.—20. Woche	256 „
21.—24. Woche	286 „
25.—28. Woche	286 „

Diese Nahrungsmengen widersprechen sehr wesentlich den Messungsresultaten, welche Fleischmann, Beneke u. A. beim Säuglingsmagen der Leiche erhalten haben. Verf. erklärt sich diesen Unterschied auf die Weise, dass bei reichlicher Nahrungsaufnahme von Brustkindern schon während der Mahlzeit ein Theil der Milch in den Darm übertritt. Als Grösse für die einzelnen Mahlzeiten der Flaschenkinder werden natürlich nicht die oben angegebenen maximalen Nahrungsaufnahmen zu gelten haben, sondern die Durchschnittsvolumina der Brustkindermahlzeiten. Diese sind, wenn wir in den ersten 4 Wochen 6—7, später 6 Mahlzeiten annehmen:

1. Woche	40—50 g
2. Woche	80—90 „
3.—4. Woche . . .	85—110 „
5.—8. Woche . .	120—135 „
9.—12. Woche	140 „
13.—16. Woche	150 „
17.—20. Woche	155 g
21.—24. Woche	160 „

Eine Menge anderer Beobachtungen des Verf.'s über Lactationscurve, Dauer der Lactation, Eintritt der Milchsecretion, Grösse der Milchaufnahme im Verhältniss zum Körpergewicht mögen im Original nachgelesen werden.

Camerer's (10) Arbeit ist nur eine Entgegnung an die Herren Sondén und Tigerstedt, welche seine (hier referirte) Arbeit über den „Nahrungsbedarf von Kindern verschiedenen Lebensalters" citirt, aber falsche Folgerungen daraus gezogen haben.

D'Arcy Power (11) beschreibt ein cystisches Lymphangiom bei einem 14 Tage alten Kinde, welches die ganze Gesichtshälfte und die obere Hälfte des Nackens ausfüllte. Durch Incision wurde der Tumor zum Schwinden gebracht und das Kind geheilt.

Kamienski (12) giebt die Krankengeschichte eines fünfwöchentlichen Kindes wieder, welches einen Chylus-erguss in die Bauchhöhle hatte. Das Leiden war wahrscheinlich angeboren und der Erguss hatte schon während des fötalen Lebens stattgefunden. Während des Krankheitsverlaufes bestand kein Fieber, was bezeugt, dass im Peritoneum keine Entzündung stattfand. Der Verlauf war günstig, das Kind genas. Was die Therapie anbetrifft, so erwies sich die Punction und Entleerung der Flüssigkeit erfolglos oder gar schädlich. Ausserdem war ein Pflaster auf den Bauch gelegt worden, welches aus gleichen Theilen Unguentum cinereum und Emplastrum hydrargyri bestand. Was die Entstehung der chylösen Ergüsse anlangt, so erscheint es K. am naheliegendsten, dass dieselben aus pathologisch erweiterten Lymphgefässen, aus Lymphangiomen stammen. Verf. ergeht sich ausführlich über die Literatur, die chemische Zusammensetzung der Ergüsse, ihre Entstehungsweise, den Krankheitsverlauf, die Prognose und die Therapie.

Escherich's (13) Abhandlung ist veranlasst durch den bekannten Fall Langerhans resp. das nach der Obduction von Strassmann abgegebene Gutachten. Strassmann hatte das Vorhandensein eines „Status lymphaticus" zugegeben, hatte jedoch bestritten, dass die klinischen Symptome für die Annahme sprechen, dass derselbe die Ursache des Todes gewesen sei. E. ist anderer Ansicht; er stellt sich den Vorgang folgendermaassen vor: Bei dem in Folge der Einspritzung sehr erregten Kinde mag es beim Schreien zum Aufstossen von Speiseresten aus dem starkgefüllten Magen und Eindringen kleiner Partikelchen in den Larynx gekommen sein. Der dadurch veranlasste heftige Hustenanfall war das auslösende Moment für den Eintritt der Herzlähmung, zu welcher das Kind in Folge des vorhandenen Status lymphaticus disponirt war. Der zweite mit Cyanose des Gesichts einhergehende Hustenanfall beschleunigte den Eintritt des Todes. An diese Besprechung schliesst E. einige Bemerkungen über die Beziehungen des Status lymphaticus zur Diphtherie und dem Laryngospasmus.

Owen (15) lenkt das Augenmerk auf frühzeitige Erkennung der Verkrümmungen der Wirbelsäule. Untersucht werden sollten die Kinder absolut nackt und

zwar zunächst im Liegen; dann lässt man sie aufsitzen und den Kopf nach vorn bis zu den Knieen beugen. Die Untersuchung im Stehen wird so ausgeführt, dass die Kinder die Hände auf das Becken aufstützen und mit dem Gesicht nach hinten sehen. Ein Kind, welches diese Bewegung ausführen kat, hat sicher keine Wirbelerkrankung.

Nach Mittheilung eines Falles von gleichzeitiger Erkrankung an Masern und Scharlach unterwirft Lange (17) die Frage einer Besprechung, ob eine Beeinflussung von einer Krankheit durch die andere stattfindet. Von verschiedenen Autoren (Grancher, Bèsse, Arendal) sind derartige Behauptungen aufgestellt worden; L. läugnet solche Beeinflussungen, und zwar treten Abweichungen weder in der Incubation, noch in der Prodromalzeit, noch während des exanthematischen Stadiums oder während der Defervescenz ein. Allerdings ist nicht zu vergessen, dass eine Erkrankung, wie z. B. ein schwerer Scharlach, auf das betreffende Individuum stark schädigend einwirken kann, so dass die nachfolgenden Masern nun dem geschwächten Organismus bedeutend gefährlicher werden können, und ebenso umgekehrt.

Bruck (18) weist auf die Wichtigkeit der Kenntniss und Behandlung von Ohrenkrankheiten für den Kinderarzt hin. Der weitaus grössere Theil der bei Erwachsenen zur Beobachtung kommenden Eiterungsprocesse reicht bis in die Kindheit zurück und ein nicht geringer Theil davon ist auf eine Vernachlässigung aus jener Zeit zurückzuführen. Es ist zu bekannt, wie häufig Otitis media in Verbindung mit Erkrankungen des Nasenrachenraumes, wie häufig andere Ohrenleiden nach Infectionskrankheiten vorkommen, als dass an dieser Stelle darauf eingegangen werden sollte.

Schon die folgende Arbeit liefert den Beweis für die Richtigkeit des oben Gesagten. Nierenveränderungen bei atrophischen Säuglingen sind in den letzten Jahren vielfach beobachtet und auf begleitende Gastro-Intestinalcatarrhe zurückgeführt worden. Simmonds (20) ist nun auf Grund sehr zahlreicher anatomischer Untersuchungen zu der Ueberzeugung gelangt, dass die Nierenläsionen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle auf Mittelohrentzündungen zurückzuführen sind. An 60 anatomisch untersuchten Fällen hat er nachgewiesen, dass Nierenläsionen auch unabhängig von Gastrointestinalcatarrhen vorkommen, dass andererseits schlecht genährte Säuglinge enorm häufig an Mittelohrentzündung leiden; er glaubt daher behaupten zu dürfen, dass in einer grossen Anzahl der von früheren Autoren publicirten Fälle nicht der Gastrointestinalcatarrh, sondern die bei der Section nicht berücksichtigte Paukenhöhleneiterung Schuld an der Nierenveränderung gewesen ist.

Soltau Fenwick (22) führt aus, dass die Veranlassung der infantilen Atrophie ausser Rachitis, Syphilis und Tuberculose gewöhnlich fehlerhafte Ernährung sei. Die Verstösse gegen die Diätetik bedingen eine Affection des Gastrointestinaltractes, deren anatomische Veränderungen Verf. an 16 Fällen studirt hat. In jedem der Fälle zeigte der Magen eine Dilatation, seine Schleimhaut, von opakem Aussehen, haftete fester als unter normalen Verhältnissen auf den unterliegenden Geweben. In den meisten Fällen, wo das Microscop starke Entzündungsvorgänge zeigte, war macroscopisch nur fleckige Röthe, selten kleine Hämorrhagien zu sehen. In dem meist collabirt gefundenen Dünndarm zeigte die Mucosa ähnliches Aussehen wie im Magen, gelegentlich oberflächliche und unregelmässige Ulceration im hinteren Theil des Ileum. Die characteristischen Dickdarmveränderungen bestanden in kleinfleckiger, brauner Pigmentirung. Folliculäre Ulcerationen wurden in 62 pCt. der Fälle gefunden. Ausser Secundäraffectionen, wie Pneumonie, Hyperämie der Meningen, wurde macroscopisch nichts Abnormes weiter gefunden. Bezüglich der chemischen Leistungsfähigkeit der Organe hat der Autor gefunden, dass zunächst die Ingesta lange im Magen stagnirten. Bei den im ersten Stadium der Krankheit befindlichen Kindern ergab die Untersuchung des $1^1/_2$ Stunden nach der Mahlzeit ausgeheberten Mageninhaltes: Fehlen freier Salzsäure, Gesammtsalzsäuregehalt 0,094—0,135 pCt., Uffelmann'sche Reaction positiv. Gelegentlich Buttersäure nachweisbar. Im zweiten Stadium: Ingesta mit grossen Schleimmassen bedeckt, sauer reagirend, Fehlen freier Salzsäure. Gesammtsalzsäuregehalt selten über 0,026 pCt. Im letzten Stadium endlich: Ingesta schwach sauer. Gesammtsalzsäuremenge zu gering, um eine Schätzung zu erlauben, auch der Schleim fehlt, die Verdauungsfermente sind jedoch, wenn auch vermindert, doch noch nachweisbar. Das Blut zeigte eine der zunehmenden Anämie entsprechende Abnahme des Hämoglobingehalts und der Zahl der rothen Blutkörperchen.

Ranke (23) nimmt die vor Jahren schon einmal in seiner Klinik von Holzinger bearbeitete Frage der Scharlachdiphtherie noch einmal auf. Seit December 1894 sind auf seiner Klinik alle Fälle von Diphtherie, die auf der Scharlachabtheilung vorkamen, bacteriologisch untersucht worden. Es gelangten bis zum 31. Aug. 1896 142 Scharlachfälle zur Aufnahme, von welchen 92 = 64,7 pCt. Rachenbelag zeigten. Hiervon wurden 3 nicht untersucht, dagegen kommen 5 in der Stadt poliklinisch behandelte pseudomembranöse Scharlachanginen hinzu, so dass die Zahl der bacteriologisch untersuchten Scharlachanginen 94 beträgt. Von der ersten Gruppe von Fällen, solche nämlich, welche mit Scharlach und Diphtherie direct aus der Stadt aufgenommen und sofort bacteriologisch untersucht wurden, zeigten Streptococcen 38,8 pCt., Diphtheriebacillen und Streptococcen 47,7 pCt., Diphtheriebacillen in Reincultur 5,9 pCt., also in mehr als der Hälfte der Scharlachdiphtherie fand sich der Löffler-Bacillus. Diese Verschiedenheit des bacteriologischen Befundes mit dem anderer Untersucher lässt sich nach Ranke am einfachsten durch die Annahme erklären, dass die ursprünglich nur durch das Scharlachgift erzeugten Scharlachangina eine ausserordentlich starke Disposition für Diphtherie bedingt. In den Fällen, welche mit Scharlach ohne Diphtherie zur Aufnahme gelangten, bei welchen sich aber dann im Verlaufe der Krankheit Diphtherie entwickelte, fanden sich in 80 pCt. Diphtheriebacillen (in 10 Fällen). Von den Fällen, welche unter dem Bilde der primären Diphtherie in die Diph-

therieabtheilung aufgenommen wurden, und bei denen sich später Scharlach entwickelte, fand sich 11 mal unter 12 Fällen der Diphtheriebacillus. Es sei noch bemerkt, dass die grössere Häufigkeit der Streptococcendiphtherie bei Scharlach im Vergleiche zur primären Diphtherie sich keineswegs auf die secundäre Form beschränkt, sondern bei allen, auch den schlimmsten Formen der Scharlachdiphtherie zu finden ist. Wegen der verhältnissmässigen Häufigkeit des Diphtheriebacillus bei der Scharlachdiphtherie empfiehlt Ranke das Diphtherieheilserum auch bei Scharlachdiphtherie in Anwendung zu bringen.

Steele (25) beschreibt einen Fall von ausgebreiteter Gangrän bei einem $1^1/_2$ jährigen Kinde. Das Kind hatte sich an einem Plätteisen an der Wade verbrannt; die Wunde eiterte und das Kind kam sichtlich herunter. Sechszehn Tage später trat unter Fiebererscheinungen eine gangränöse Stelle an der Stirn auf, zuerst klein, sich aber rapide ausbreitend, dann eine ebensolche Stelle am Augenlid. Es wurde zur Operation geschritten, die ulcerirten Stellen ausgekratzt, geätzt und es trat Besserung ein. Zwei Tage darauf stieg aber das Fieber wieder und der Allgemeinzustand des Kindes verschlimmerte sich stündlich. Nun wurden 5 ccm Antistreptococcenserum injicirt. Das Fieber hielt noch 2 Tage an, der Einfluss auf die Gangrän war aber ein ausgezeichneter. Es trat innerhalb kurzer Zeit — die genaue Heilungsdauer ist nicht angegeben — vollständige Wiederherstellung ein.

Berggrün (27) giebt eine sehr sorgfältige und ausführliche Krankengeschichte seines interessanten Falles von Neurofibromatose mit folgenden genauen anatomischen und microscopischen Untersuchungen. Bezüglich der Einzelheiten sei auf das Original verwiesen.

Siegel (30) theilt die Krankengeschichte eines $2^1/_2$ jährigen Kindes mit, bei dem die Stenosirung der Athemwege durch die Eröffnung des vorderen Mediastinalraumes und Herausnähung der Thymusdrüse sofort geheilt wurde. Verf. glaubt, dass danach die Frage, ob es ein Asthma thymicum gebe, in bejahendem Sinne zu beantworten sein würde. Um aber jegliche Beziehung zum Laryngismus stridulus auszuschliessen, schlägt S. die Bezeichnung der Erkrankung als Tracheostenosis oder Bronchostenosis thymica vor.

Die Diagnose bei dem Fall von Heidenhain (31) war erst post mortem gestellt worden. Der 14 jährige Knabe litt an hochgradiger Dyspnoe, die, als H. dazu gerufen wurde, so bedeutend war, dass jeden Augenblick der Erstickungstod eintreten konnte. Beim Herausziehen der Zunge aus dem Munde kehrte die Athmung wieder, wurde jedoch sofort wieder schwer, wenn die Zunge losgelassen wurde. Nach Ausführung der Tracheotomie trat ruhige und tiefe Athmung ein, die auch anhielt und dem Patienten Wohlbefinden und völliges Bewusstsein zurückbrachte. Sechs Stunden nach der Operation fing der Puls aber an, sehr unregelmässig zu werden und eine Stunde später war das Kind todt. Die Obduction stellte fest, dass es sich um ein 12 cm langes, 7 cm breites und dickes Lymphosarcom der Thymus handelte, welches Trachea, Bronchien, grosse Gefässe und Pericard umwuchernd, die Trachea scharf eingebogen und die Erstickung bewirkt hatte. Als unmittelbare Ursache des Todes wurde angenommen, dass eine Herzlähmung eingetreten ist in Folge von Vaguslähmung durch Druck von dem Tumor aus.

Koeppe (32) wurde zu einem sechsmonatlichen Kinde gerufen, welches plötzlich, ohne jede vorausgegangene Erkrankung in den Armen der Mutter gestorben war. Die Untersuchung ergab als einziges krankhaftes Zeichen eine starke Schwellung der Lymphdrüsen, besonders des Halses und des Nackens, die trotz des sehr reichlichen Fettpolsters leicht als vergrössert zu fühlen waren. Bei der Section fand sich neben Hyperplasie der Tonsillen ebenfalls Schwellung der Lymphdrüsen des Halses, Nackens, der Bronchen, des Mesenterium. Starke Hyperplasie der Thymus, dagegen kein Milztumor. Microscopisch stellte sich heraus, dass die Zahl der weissen Blutkörperchen gegenüber den rothen deutlich vermehrt war.

Der Verf. ist der Ansicht, dass die Vergrösserung der Thymus sicher in keinem ursächlichen Zusammenhang mit dem plötzlichen Tode stand. Es erscheint ihm allein zutreffend die Erklärung Paltauf's, nach welcher die betreffenden Kinder an einer Allgemeinerkrankung litten, bei welcher die Thymushyperplasie nur ein Symptom darstellt. Paltauf bezeichnet diese Kinder als von lymphatisch-chlorotischer Constitution und dadurch von geringerer Widerstandskraft gegen mancherlei Einflüsse. Am meisten Aehnlichkeit hat die Krankheit mit Leukämie und Koeppe wirft die Frage auf, ob es sich nicht hier um eine wirkliche Leukämie handle, bei welcher an Stelle des Milztumors eine Vergrösserung der Thymus getreten sei.

Besonders merkwürdig waren die Erscheinungen bei dem Fall, den Biedert (34) beschreibt. Der 10 monatliche Knabe war unter der Diagnose Croup ins Spital gekommen. Stark stenotisches Athmen bei heller Stimme, Rachen frei von jedem Belag. Temperatur 38,4 im ano. Da gerade eine Diphtherieepidemie herrschte, so wurde trotz negativen Rachen- und microscopischen Befundes eine solche angenommen. Da die Athemnoth sehr zunahm und Cyanose eintrat, so wurde zunächst zur Intubation, dann zur Tracheotomie geschritten. Aber auch diese brachte weder leichteres Athmen noch Membranen zum Vorschein. Das Kind starb. Die Section ergab eine stark geschwollene Thymus, die oben an die Schilddrüsse stiess. Um die beiden Bronchien herum, an die Thymus sich anschliessend, lagen 2 Packete geschwollener Bronchialdrüsen. Nach der Herausnahme der Thymus war an der Luftröhre keine Folge der Compression durch jene mehr sichtbar, aber bei der Tracheotomie war ein dünner Catheter nicht über die Stelle der Einklemmung hinausgegangen, und für den unaufhaltsam heranrückenden Erstickungstod war keine andere Ursache aufzufinden, als diese enorme Einklemmung der Thymus- und Bronchialdrüsen mit Luftröhre und Gefässen zwischen Sternum und Wirbelsäule.

Heubner (35) bestätigt die Existenz eines speci-

fischen Erregers der epidemischen Cerebrospinalmeningitis, welche bereits von Weichselbaum vor 10 Jahren festgestellt, aber wenig beachtet wurde und welche neuerdings unter genauer Bestätigung der Resultate Weichselbaum's von Jäger aufrecht erhalten worden ist. Jäger konnte den Meningococcus intracellularis in allen seinen tödtlich geendeten Fällen der Epidemie in dem meningitischen Exsudat nachweisen. Heubner war im Stande, den Jäger'schen Befund mittels der Lumbalpunction bereits am Lebenden zu gewinnen. Auf demselben Wege versuchte nun Heubner am Thiere wieder eine Meningitis mit diesem Meningococcus zu erzeugen, nämlich eine Infection der Meningen vorzunehmen auf dem Wege der umgekehrten Lumbalpunction. Versuche an Kaninchen, Meerschweinchen und Hunden schlugen fehl, dagegen erzielte er positive Resultate bei Ziegen, welche an einer fulminant tödtlichen Cerebrospinalmeningitis zu Grunde gingen. Der Einwurf, als könne etwa das Vehikel der eingespritzten Cultur, die Bouillon an sich die schädigende Wirkung auf die Rückenmarkshäute ausgeübt haben, wurde durch einen Versuch an einer zweiten Ziege widerlegt, welche nach Einspritzung steriler Bouillon ganz gesund blieb. Damit ist der experimentelle Nachweis der pathogenen Bedeutung der Meningococcus intracellularis speciell für die Hirn-Rückenmarkshäute geliefert.

Sommerfeld's (38) Besprechung über „Neuere Arbeiten über Kuhmilch, ihre Untersuchung, Verfälschung, Conservirung, Milchwirthschaft, Milchsterilisirung und Kindernahrung" steht weit über dem Niveau sonstiger derartiger Zusammenstellungen. Sie enthält nicht nur eine Reihe von Referaten, sondern eine fachmännische Erläuterung aller wichtigeren Publicationen der letzten Jahre; die Lectüre derselben kann Jedem, der sich über dieses schwierige und wichtige Gebiet orientiren will, empfohlen werden.

Campbell (39) erläutert der Reihe nach sehr ausführlich die Vortheile und Nachtheile der vorher, pasteurisirten und sterilisirten Milch. Er bespricht die hinlänglich bekannte Thatsache der Uebertragung von Tuberculose, Diphtherie, Cholera u. a. Krankheiten durch die Milch und welche Temperaturen angewandt werden müssen, um die pathogenen Bacterien zu tödten; er kommt schliesslich zu dem Resultate, dass das Pasteurisiren die beste Methode sei, die am wenigsten den Geschmack und der Leichtverdaulichkeit der Milch ändert und zugleich die gefährlichsten Microorganismen tödtet.

Die folgenden 3 Arbeiten von Robertson (40), Slifer (41) und Macphail (42) beschäftigen sich alle mit den Nachtheilen der künstlichen Ernährung, ohne irgend etwas bemerkenswerthes Neues zu liefern. Verff. bringen Mittheilungen über die Unterschiede in der Zusammensetzung von Menschen- und Kuhmilch und über die Bemühungen, die letztere der ersteren möglichst ähnlich zu getalten, ferner Statistiken über Mortalität des Säuglingsalters und über die Abnahme der Ernährung an der Brust im Verhältniss zur Zunahme der Civilisation.

Stross (43) beschäftigt sich in erster Reihe mit dem Sterilisiren der Milch im Grossen und kann sich in dieser Beziehung den Gegnern dieses Systems (Heubner, Biedert, Baginsky) nicht ganz anschliessen. Unter der Bedingung, dass die Milch selbst keine zuverlässige und gute ist, hat die Sterilisation im Grossen folgende Vortheile: 1. Das Centrifugiren der Milch. 2. Die Sicherheit der Sterilisation. 3. Die einfache und bequeme Verwendungsweise. Als Hauptnachtheil derselben gilt die Ausscheidung des Fettes, wobei möglicher Weise der Säugling das eine oder andere Mal eine etwas fettreichere oder fettärmere Nahrung bekommt. Dazu kommt gegenüber der Soxhlet'schen Methode die Möglichkeit einer Contactinfection bei dem Umgiessen und Erwärmen. Dagegen hat er nichts gesehen, was darauf hinweisen würde, dass durch die chemischen Veränderungen, welche die Dauermilch bei der Sterilisation erleidet, die Constitution der Säuglinge ungünstig beeinflusst würde; im Besonderen hat er keinen einzigen Fall von Barlow'scher Krankheit gesehen oder irgend eine in diesen Rahmen gehörende Erkrankung.

Weitere Versuche von St. betreffen die Gärtner-sche Fettmilch. Für gesunde Säuglinge scheint ihm dieselbe eine leichter zu verdauende Nahrung zu sein, als die gewöhnlichen Kuhmilchverdünnungen; ob sie aber auf längere Zeit hinaus eine vollständige Ernährung bildet, darüber behält er sich ein endgültiges Urtheil noch vor. Bei kranken Säuglingen bildet die erste Indication die bei sterilisirter Milch so häufig gesehene hartnäckige Constipation. Auch bei manchen chronischen Verdauungsstörungen hat er an der Fettmilch gute Resultate gesehen; im Allgemeinen aber wird man keine allzu grossen Hoffnungen auf dieselbe setzen dürfen, sondern, wie bisher, auch weiter bei der Behandlung von Verdauungsstörungen individualisiren müssen.

Indem Heilmann (45) seine Versuche in einer Frauenklinik machte, ging er von der richtigen Ueberlegung aus, dass die Kinderärzte immer nur die kranken Kinder zu sehen bekommen, während der Geburtshelfer vorwiegend mit gesunden Kindern zu thun hat. Freilich bleiben die Kinder nicht lange genug in der Klinik, um endgültige Ernährungsversuche an ihnen anzustellen, aber andererseits sind gerade die ersten 10—14 Tage für das neugeborene Kind hinsichtlich der augenblicklichen und späteren Ernährung von besonderer Bedeutung. Die ersten beiden Beobachtungsreihen gelten der Ernährung mit 2 Mischungen von unpräparirter Kuhmilch mit Wasser und zwar war die Mischung 1: 1 Theil Kuhmilch, 3 Theile Wasser, 2 Esslöffel Milchzucker auf 1 Liter Mischung und 30 ccm Kalkwasser; Mischung 2: Milch und Wasser zu gleichen Theilen. Die Resultate waren durchaus ungenügend; auf die sehr genauen und sorgfältigen Tabellen an dieser Stelle einzugehen, ist nicht nothwendig, da ihr Inhalt nichts Neues bietet. Danach wurden Versuche mit der Gärtner'schen Fettmilch an 50 Kindern vorgenommen, deren Endresultat ein bei weitem besseres war, als das vorher bei der Kuhmilchernährung erzielte. Aus 4 vergleichenden Durchschnittscurven geht hervor, dass bei 181 natürlich ernährten Kindern am 10. Tage 23 g am

Anfangsgewichte fehlten, während bei den mit gewöhnlicher Kuhmilch in der Mischung 1 : 1 195 g, in der Mischung 1 : 3 genährten Kindern 176 g fehlten; bei Fettmilchernährung kam das Körpergewicht dem Anfangswerth bis auf 66 g nahe. Das Wachsthum war dabei ein gut gleichmässiges und es erscheint bemerkenswerth, dass die Kinder dabei zum Theil deshalb ein so gutes Endresultat zeigten, weil sie anfangs weniger abnahmen; fast regelmässig zeigten sie Körpergewichtszunahme, wenn der erste Milchstuhl sich gezeigt hatte, während sonst bei künstlicher Ernährung die Abnahme diesen Zeitpunkt meist überdauert.

v. Starck (47) glaubt, dass das übermässig lange Kochen der Milch im Soxhlet die Ursache für mancherlei Constitutionsannomalien (Rachitis, Anaemie) abgebe; andererseits sei es verkehrt, deshalb den sonst ausgezeichneten Soxhlet'schen Apparat zu verwerfen: es genüge eben vollständig ein 10—15 Minuten dauerndes Kochen der Milch.

Hochsinger (48) macht auf einige von ihm angegebene Neuerungen am Soxhlet'schen Milchkochverfahren aufmerksam u. a. auf eine neue Verschlussmethode der Milchflaschen, die unter dem Namen „Wiener Patent-Stöpselverschluss" (Patent G. K.) eingeführt ist. Derselbe besteht aus einem innen hohlen Gummistöpsel, an dessen oberem Ende 2 schlitzförmige Ventile sich befinden, die während des Kochens ein Entweichen der Luft gestatten, nach dem Abheben des Apparatdeckels sich aber luftdicht an einander schliessen.

Schramm (49) hat eine hohe Meinung von der Somatosemilch gewonnen; er hat sie bei 30 Säuglingen angewandt und hält sie für eine hervorragende Beihilfe bei der künstlichen Ernährung der Säuglinge. Sie wird selbst von einem sehr empfindlichen Magen gut vertragen und von einem geschädigten Epithel leicht resorbirt.

Auch Wolf (50) hat in Monti's Kinderspital Versuche mit der Darreichung von Somatosemilch gemacht. Kindern unter 1 Jahr wurden bis zu 4,0, älteren bis zu 8,0 pro die gegeben. Von einer Sterilisation der Milch wurde, um die Untersuchungsergebnisse für die Verhältnisse Unbemittelter anwendbar zu machen, Abstand genommen. Auf Grund der an 35 Fällen gemachten Erfahrung glaubt Wolf zu folgenden Schlüssen berechtigt zu sein:

1. Durch Zusatz von Somatose wird die Kuhmilch leichter verdaulich (feinflockiger Niederschlag bei Gerinnung).

2. Durch Verabreichung von Somatose werden leichtere Dyspepsien im Säuglingsalter günstig beeinflusst.

3. Die Somatosemilch wird von den atrophischen Kindern gut vertragen.

4. Man erzielt durch Somatose bei Functionsstörung der Verdauungsorgane älterer Kinder gute Erfolge.

Unter dem Titel „über amylumhaltige Milchconserven" macht Fürst (51) wieder einmal Propaganda für das Nestlé'sche Kindermehl.

Hamburg (52) ist der ärztliche Leiter der Albumosemilch-Anstalt. Nur von diesem Gesichtspunkte aus ist es zu verstehen, wenn Hamburg die Rieth'sche Milch über die Ammenmilch stellt und spöttisch sagt: „Der Satz von der Unübertrefflichkeit der Amme gehört zu den Dogmen des Arztes, doch hat dieses Dogma der Rieth'schen Milch gegenüber seine Berechtigung verloren." Verf. hat die Milch in etwas modificirter Form und in 3 verschiedenen Mischungsverhältnissen hergestellt und behauptet, dass sie nunmehr von allen der ursprünglichen Form anhaftenden Schäden frei sei.

Auch der folgende Autor, Hesse (53) nennt sein Präparat „den besten Ersatz der Muttermilch." Es ist ein eisenhaltiges Eiweiss-Milchzuckerpulver, welches ebenso wie der dazu gehörige verdünnte, sterilisirte Rahm von der bekannten Firma Gebr. Pfund in Dresden fabrikmässig hergestellt wird. Es kann jedoch auch im Haushalt hergestellt werden, und der Verf. giebt dafür die genauen, sehr complicirten Vorschriften.

Gaertner (54) beschäftigt sich mit den Publicationen über seine Fettmilch. Da die hauptsächlichsten derselben (Keilmann, Stooss, Thiemich und Tapiewsky) hier z. Th. schon besprochen sind, z. Th. später noch besprochen werden, so erübrigt sich ein Eingehen auf die Arbeit.

Wohlberg (57) beschreibt das Absonderungshaus der medicinischen Klinik zu Göttingen und giebt eine Statistik der daselbst innerhalb dreier Jahre beobachteten Infectionskrankheiten.

Grebner (62) schildert die glänzenden Erfolge von Cannes als Winterstation für Kinder. Während man früher immer nur den günstigen Einfluss des Klimas auf die catarrhalisch afficirten Athmungsorgane hervorhob, ist erst im letzten Jahrzehnt erkannt worden, dass auch für gewisse Constitutionsanomalien, Scrophulose, Knochen- und Gelenktuberculose, Rachitis und Anämie Cannes geeigneter ist, als die meisten anderen Wintercurorte. Der grosse Vorzug von Cannes besteht darin, dass die Kinder 8—9 Monate lang ununterbrochen das Seebad und den Aufenthalt im Freien geniessen. Verf. berichtet ausführlich über die erhaltenen Resultate, die Jahrestemperatur, die Art der Behandlung und die Kosten des Aufenthalts.

Johannessen (63) hat als Couveuse eine neuere, von Odile Martin construirte Modification angewandt, die eine gewisse Aehnlichkeit mit einem Thermostaten hat. Die genaue Beschreibung muss im Original nachgelesen werden. In dieser Couveuse wurden 10 Kinder behandelt im Alter von 5 Tagen bis 3 Monaten; das niedrigste Gewicht war 1540 g, das 3 Monate alte Mädchen wog 3550 g und hatte eine Länge von 55 cm. Alle litten an Atrophie; bei 7 fanden sich ausserdem Zeichen vererbter Lues. In Bezug auf die erzielten Resultate äussert sich J. sehr skeptisch. Es ist allerdings meist am Anfang eine nicht unbedeutende Zunahme des Gewichtes und Erhöhung der Temperatur erzielt worden, so dass man, wenn die Kinder einen halben oder einen Monat nach dem Eintritt entlassen worden wären, ein sehr schönes Resultat hätte notiren können. Aber beobachtet man sie genügend lange Zeit, so zeigt es sich doch, dass trotzdem ernstliche Symptome zum Vorschein kommen, theils von der Lues, theils vom Verdauungscanal ausgehend. Man sieht aber auch hier

wieder, dass die grösste Gefahr von der künstlichen Ernährung droht. Eine Ernährung mit Frauenmilch wird vielmehr dazu beitragen, das Kind am Leben zu erhalten, als der Aufenthalt in der Couveuse.

Antichievich (64) hat nach Jodoformglycerininjectionen bei tuberculösen Knochen- und Gelenkleiden 2 mal Intoxicationserscheinungen beobachtet, die er als Glycerinintoxication auffasst. Beim ersten Fall äusserte sich die toxische Wirkung durch das Auftreten einer acuten Nephritis, welche auf Milchdiät in 3 Wochen glücklich ablief. Der zweite Knabe reagirte auf die erste Injection nur mit leichtem Fieber; nach der zweiten bot er die Erscheinungen der Hämoglobinurie und eine 8 Tage lang anhaltende Polyurie.

Dobrowsky (68) hat seine Erfahrungen an 30 Kindern der Monti'schen Klinik gesammelt. Das Thyreoidin hat sich ihm in allen Fällen von Struma parenchymatosa bewährt; es brachte eine sehr beträchtliche Verkleinerung, nicht aber ein gänzliches Verschwinden der Anschwellung zu Stande; die Wirkung ist schon in 2—3 Tagen kenntlich und erreicht ihr Maximum in 3 Wochen. Tachycardie trat bei allen Kindern auf, und zwar meist von Anfang an und hörte auf mit dem Aussetzen des Mittels. Auch die Prurigo der Kinder wird rasch und sehr günstig beeinflusst, indem das Hautjucken und das durch letzteres veranlasste Kratzen aufhört. Dagegen trat ein nur ganz unerheblicher Erfolg bei idiotischen und cretinistischen Kindern ein. Nahezu constant war die Diurese und das Durstgefühl; Albuminurie und Glycosurie wurden nicht beobachtet. Recidive wurden fast regelmässig gesehen. Die Dosirung war: Thyreoidinum siccatum (Merck) 0.35, allmälig steigend von 1—4 Tabletten pro die.

Comby (70) ist ein begeisterter Anhänger des Arsen; es wird von Kindern viel besser vertragen, als von Erwachsenen. Hauptindicationen sind Infections- und Blutkrankheiten: die chronische Form der Tuberculose, perniciöse Anämie, Leukämie, Chlorose, Scrophulose, maligne Tumoren. Ebenso wirkt es ausgezeichnet bei allen Nervenkrankheiten; nur darf man sich dabei nicht zu lange mit kleinen Dosen aufhalten. Ferner bei Erkrankungen der Respirationsorgane und bei Hautkrankheiten. Contraindication bilden Nephritis und Gastrointestinalcatarrhe (Diarrhoe, Erbrechen etc.). Die Verordnung geschieht entweder in der Fowler'schen Solution oder in der Form der „Granules arsénicaux", welche je 1 mg Acid. arsenicos. enthalten und 3, 4 bis 5 mal täglich verabreicht werden.

[Adsersen (73) behandelt in dieser Abhandlung folgende Fragen: die Krankheitsfälle des ersten Lebensjahres; Gewicht der kranken Säuglinge; Verhältniss zwischen Krankheitsfällen und Gewicht. Weiter vergleicht Verf. die Krankheitsfälle mit der Sterblichkeit, und das Gewicht gesunder und kranker Kinder und giebt eine schematische Uebersicht über die Verhältnisse des physiologischen Gewichts der Geschlechter im Laufe des astronomischen Jahres, gegründet auf die Untersuchungen über das Gewicht der Neugeborenen. Bezüglich der Details weisen wir auf die ausführliche Abhandlung hin. **G. G. Stage** (Kopenhagen).]

[J. Bakiewicz (74) gelangt auf Grund chemischer und bacteriologischer Untersuchungen zu dem Schluss, dass die Kuhmilch als Nahrungsmittel für Säuglinge die Brustmilch keineswegs ersetzen kann und die künstliche Ernährung möglichst vermieden werden sollte; dort aber, wo sie aus prophylactischen oder öconomischen Gründen nicht umgangen werden kann, ist sie nur als Malum necessarium zu betrachten.

W. Oltuszewski (75). Aus den Vergleichen der geistigen Entwicklung mit der Sprache geht hervor, dass, trotzdem letztere das wichtigste Mittel für die geistige Bildung abgiebt, sie dennoch nicht die Intelligenz schafft, sondern im Gegentheil das Product der letzteren ist. Der Denkprocess geht in seinem Beginn unabhängig von der Sprache vor sich. Hingegen ergaben die Beobachtungen über die Entwicklung der Sprache, dass ihre psychophysiologische Basis von denselben Factoren gebildet wird, von welchen die Entwicklung der Erkenntniss abhängt, nämlich dem Gedächtniss. Die Untersuchungen in dieser Richtung bestätigten die Ansicht, dass die Sprache in psychischer Beziehung einen Complex von Associationen darstellt zwischen den sensiblen und motorischen Rindencentren einerseits und der impressiven und der expressiven Seite der Sprache andererseits. Die Sprachcentren werden gegenwärtig als Rindenendigungen der sensorischen und motorischen Nerven angesehen, welche auch zur Aufnahme anderer Eindrücke dienen. Zum Schluss wird nachgewiesen, wie durch Störungen in der Entwicklung der Sprache, resp. durch partielle Störungen der Gedächtnissformen, welche für die während der verschiedenen Sprachacten stattfindenden Associationen unbedingt nöthig sind, die Pathogenese der verschiedenen Sprachstörungen, wie Stummheit, Stammeln, Stottern u. s. w., sich erklären lässt. **Spira** (Krakau).]

II. Specieller Theil.

1. Allgemeine Krankheiten.

A. Infectionskrankheiten.

Tuberculose.

1) Carlucci, Fr., Tubercolosi polmonare curata collo siero Maragliano. Raccoglitore. 10. Juli. — 2) Batten, Frd. E., The relative frequency of tuberculous infection of the lymphatic glands in children. St. Barthol. Hosp. Rep. Vol. XXXI. — 3) Rovsing, Von der tuberculösen Arthritis und Osteitis im ersten Kindesalter. Hospitalstidende. Bd. 10.

Batten (2) hat statistische Untersuchungen angestellt über das relativ häufige Befallensein der verschiedenen Organe und Drüsen des Körpers von Tuberculose. Bei 290 Sectionen seines Kinderspitals wurde 100 mal Tuberculose constatirt; 75 mal war dabei die Tuberculose die directe Todesursache. 40 davon litten an intracranieller, 26 an Lungen- und 9 an Abdominaltuberculose. 75 pCt. der Todesfälle betrafen das Alter unter 4 Jahren. Am häufigsten befallen waren die intrathoracalen Drüsen und hier wieder die rechte

Thoraxseite weit häufiger, als die linke; dementsprechend verhielten sich auch die Lungenerkrankungen.

[Auf Grundlage mehrerer Beobachtungen von kleinen Kindern im Kopenhag. Kinderspit. beschreibt Rovsing (3) eine Form von Arthritis und Osteitis, die er als eigenthümlich für das erste Kindesalter betrachtet. Das Eigenthümliche in diesen Fällen ist, dass ein früher gesundes Gelenk unter acuten Fiebersymptomen von einer tuberculösen Suppuration angegriffen wurde; dass diese durch einfache Entleerung des Eiters mittelst Arthrotomie ebenso schnell wieder verschwindet, wie sie entstanden war; und dass endlich das Gelenk seine vollkommen freie Beweglichkeit wieder erreicht. Verf. erwähnt in diesem Zusammenhange einige von ihm früher beschriebenen Verhältnisse, die dafür sprechen, dass die Suppuration bei Tuberculose manchmal eine gute prognostische Bedeutung haben kann, und meint, in diesen Fällen bei kleinen Kindern einen neuen Beweis für die Richtigkeit dieser Annahme gefunden zu haben.

Petersen, Ivan, Ein Fall von Stomatitis aphthosa. Hospitalstid. 4 R. IV. p. 853. (Beschreibung eines Falles von Stomatitis aphthosa und Pneumonie.)

G. G. Stage (Kopenhagen).]

Syphilis.

1) Passini, Endarteriitis syphilitica bei einem 2jähr. Kinde. Arch. für Kinderheilk. Bd. XX. 1—3. — 2) Hochsinger, Zur Kenntniss der angeborenen Lebersyphilis der Säuglinge. Wien. med. Wochenschr. No. 9. — 3) Bosse, Ueber die interstistielle Keratitis hereditär luetischer Natur und ihren Zusammenhang mit Gelenkaffectionen. Arch. f. Kinderheilk. XX. 3. 4. — 4) Neurath, Beitrag zur Larynxsyphilis im Kindesalter. Jahresber. für Kinderheilk. Bd. 41. 3—4. — 5) Williams, E. H., Hereditary syphilis and general paresis of the insane. Medical record. Dec. 5.

Passini (1) beschreibt folgenden Fall: 2jähriges Kind. Als 9. Kind gesunder Eltern geboren. Post partum Blennorrhoe der Augen. Mit 2 Monaten Lähmung der Hände und Füsse. Damalige Diagnose: Lues hereditaria. Antiluetische Cur, welche die Erscheinungen zum Schwinden brachte. Nach 2 Jahren fiel das Kind bei vollkommenem Wohlbefinden plötzlich nach der rechten Körperseite hin um. Totale rechtsseitige Lähmung. Antiluetische Cur, in deren Verlauf die Lähmungserscheinungen sich besserten. Nach 14 Tagen trat jedoch Diphtherie und Pneumonie hinzu, denen das Kind erlag. Bei der Gehirnsection erscheint an frontal geführten Hirnschnitten das Centrum semiovale und die angrenzenden Windungen, soweit sie in das Versorgungsgebiet der Art. fossae Sylvii gehören, breiig erweicht, gelblich verfärbt; auch die oberen Antheile des Linsenkernes und des Schweifkernkopfes ähnlich erweicht. Die Präparation der Arterien an der Basis zeigt, dass der Stamm der linken Carotis, das Anfangsgebiet der Art. cerebri anterior und media weiss verfärbt, milchglasartig und verdickt erscheint, welcher Verdickung entsprechend das Lumen anscheinend durch eine Wucherung der Intima aufgehoben ist, während die übrigen Arterien, auch die Aeste der linksseitigen Gefässe normales Verhalten zeigen.

Hochsinger (2) hat von Beginn des Jahres 1888 bis Ende 1894 148 congenital-luetische Säuglinge beobachtet, von denen 46 mit klinisch nachweisbarer beträchtlicher Lehervergrösserung behaftet waren; 30 davon waren geheilt, 18 starben. Die Grösse der Leber war in den einzelnen Fällen verschieden, ragte aber immer „mehrere Centimeter unter dem Rippenbogen“ hervor, die Oberfläche war glatt, daneben war in den meisten Fällen eine auffallende Stärke des Organs constatirbar.

In keinem einzigen Falle bestand Icterus oder Ascites. Der Allgemeinzustand war ein um so schlechterer, je früher die Leberintumescenz manifest wurde. Fast immer war die Lebererkrankung mit floriden syphilitischen Exanthemen verbunden, häufig auch mit Pseudoparalysen und Entzündungen der Hand- und Fusswurzelknochen. Ausnahmslos war eine Erkrankung der Nase vorhanden; diesen Symptomen schenkt H. überhaupt eine hervorragende diagnostische Beachtung, da er noch nie einen hereditär-syphilitischen Säugling gesehen habe, dessen Nase gesund gewesen wäre. Therapeutisch reagirt die durch syphilitische Entzündung intumescirte Leber des Säuglings anfänglich sehr rasch auf das in den Körper desselben eingebrachte Quecksilber. Nur sehr grosse und harte Lebern widerstanden einer mehr als vierwöchentlichen Behandlung, ohne Verkleinerung zu zeigen. Gewöhnlich handelt es sich in diesen Fällen noch um eine andere, nicht der Syphilis zugehörige anatomische Veränderung, nämlich um eine hochgradige Fettinfiltration. Verf. wendet sich im Folgenden sehr ausführlich gegen die von Henoch, Neumann und Hansemann beschriebenen Fälle und bestreitet, dass es sich in diesen Fällen um Syphilis gehandelt habe. Bezüglich der näheren Begründung sei auf das Original verwiesen.

Bosse (3) hat 46 Fälle von interstitieller Keratitis, die auf hereditär-luetischer Grundlage entstanden waren, untersucht und darunter 17 Fälle mit Gelenkaffectionen verschiedener Art gefunden. Bei allen diesen Fällen kam als ätiologisches Moment einzig und allein die hereditäre Lues in Betracht. Von den 17 Fällen kommen 11 auf weibliche, 6 auf männliche Individuen. Am häufigsten befallen wird das Kindesalter vom 4. bis 15. Jahre, und zwar gehörten 6 Patienten dem 4. bis 10. Jahre an, 7 dem 11. bis 15. Jahre, 2 dem 15. bis 20., 2 dem 20. bis 30. Jahre. Am meisten betroffen ist das Kniegelenk, und zwar in 14 Fällen; 3 mal das Ellbogengelenk, und zwar 1 mal selbstständig, 2 mal mit Kniegelenksentzündung combinirt. Die Erkrankung tritt meist beiderseitig auf. Es handelt sich dabei in erster Reihe um einfache Arthralgien, die anfallsweise mit wechselnder Heftigkeit auftreten, ohne örtliche und allgemeine Reactionserscheinungen. Bei der zweiten grösseren Abtheilung findet ein Erguss in das afficirte Gelenk statt, der serös oder purulent sein kann. Was die Dauer dieser acuten Gelenkaffectionen anlangt, so kamen 3 von 6 in 4 Wochen zur Heilung. Die Behandlung war keine specifische, sondern beschränkte sich nur auf ruhige Lagerung des erkrankten Gliedes und antiphlogistisch wirkende Mittel. Die Prognose der

Erkrankung scheint hiernach eine ausnehmend gute zu sein. Nach der Resorption des Ergusses ist das Gelenk vollkommen normal. Es lässt sich keine Knochenveränderung, keine Verdickung der Synovialis oder Affection der Bänder constatiren. Recidive kommen vor, scheinen aber nicht häufig zu sein.

Die Seltenheit der Erkrankung rechtfertigt eine kurze Wiedergabe des Falles von Neurath (4). Marie N., 6 J. alt, wurde wegen Heiserkeit, Athem- und Schluckbeschwerden ins Spital gebracht. Hereditäre Belastung nicht nachgewiesen. Am harten Gaumen fast seiner ganzen Länge nach, kaum etwa 1 cm hinter der Zahnreihe beginnend, ein fingerbreiter Spalt, der hart neben der Raphe hinziehend, nur die linke Gaumenhälfte betrifft. Submaxillar-, Axillar-, Leistendrüsen vergrössert, indolent. Sprache nasal und heiser. Epiglottis an den Rändern ulcerirt, wie geschrumpft, Verengerung der Glottis durch Infiltration der mässig gut beweglichen Stimmbänder. Innunctionscur, die aus äusseren Gründen bald unterbrochen werden musste. Nach 3 Monaten wurde das Kind wiedergebracht unter hochgradigen Stenosenerscheinungen. Epiglottis zum weitaus grössten Theil fehlend, die geringen Reste vollkommen geschwürig zerfallen. Schleimhaut der Aryknorpel geschwellt, Stimmbänder verdickt. Nochmalige Schmiercur mit anscheinender Besserung. Plötzlicher Tod durch Asphyxie. Bei der Section konnte die intra vitam gestellte Diagnose bestätigt werden. Tuberculose war sicher auszuschliessen.

Tussis convulsiva.

1) Ritter, Jul., Ueber den Keuchhusten. Berl. klin. Wochenschr. No. 48. — 2) Bernhardt, M., Ueber Rückenmarkserkrankung bei Keuchhusten. Deutsch. med. Wochenschr. No. 50. — 3) Craig, Fredr. A., Paralysis of the sixth and seventh nerves occuring in a patient with whooping-cough. Brit. Journ. June 13. — 4) McKerron, R. G., Cerebral haemorrhage due to whooping-cough. Ibid. Sept. 12. — 5) Theodor, F., Zwei Fälle von Hemiplegie bei Keuchhusten. Ein Fall von Hemiplegie mit Chorea minor bei Keuchhusten. Arch. f. Kinderheilk. XX. Bd. 3—4. — 6) Jarke, O., Ein Fall von acuter symmetrischer Gehirnerweichung bei Keuchhusten. Ebendas. XX. Bd. 3—4. — 7) Oppenheim (Bad Sachsa a. Harz), Hirnhämorrhagie als Complication des Keuchhustens. Deutsche med. Wochenschr. No. 17. — 8) Neurath, K., Ueber cerebrale Paresen im Gefolge des Keuchhustens. Wien. klin. Wochenschr. No. 23. — 9) Ferreira, Sur la coqueluche et son traitement par le bromoforme. Bullet. de thérapeut. Tome 130. 12. Livre. — 10) Marfan, Note sur le traitement de la coqueluche et en particulier sur l'emploi du bromoforme. Gaz. hebdom. méd. et chir. No. 36. — 11) Dytel, Beitrag zur Behandlung des Keuchhustens. Kronika lekarska. No. 15. — 12) Gutentag, Ueber die Behandlung des Keuchhustens mit Sublimat. Medycyna. No. 25. 26.

Ritter (1) macht zunächst statistische Mittheilungen, für die ihm ein Material von über 1100 Fällen zur Verfügung gestanden hat. Sodann bricht er noch einmal eine Lanze für den früher von ihm beschriebenen Diplococcus, den er für den specifischen Keuchhustenerreger hält. Er hat ihn in allen 147 Fällen, in welchen überhaupt ein auffangbares Sputum zu erhalten war, gefunden. Schliesslich folgen therapeutische Angaben. Die besten Resultate hat er mit Bromoform in grossen Gaben erzielt; Nebenwirkungen hat er dabei nie beobachtet.

Bernhardt (2) theilt folgenden Fall mit: Bei einem fünfjährigen, bis dahin gesunden Kinde trat im unmittelbaren Anschluss an einem Keuchhustenanfall starke Streckstellung der unteren Extremitäten in Hüft-, Fuss- und Kniegelenken ein. Kein Fieber, keine Convulsionen, Psyche frei. Patellarreflexe gesteigert. Vier Wochen später sah B. das Kind zum ersten Mal. Die Beine konnten activ kaum bewegt werden. Sehnen- und Hautreflexe gleichmässig: dagegen bestand verminderte Perceptionsfähigkeit an der Haut der unteren Extremitäten für Berührungen, Temperatur und Nadelstiche. Absolute Intactheit der oberen Extremitäten, der Sinnesorgane, Hörnerven und Sprache. Mässige Behinderung der Urinentleerung. In den nächsten drei Jahren bis jetzt fortdauernde, aber langsame Besserung, die nur einmal nach einer doppelseitigen Parotitis unterbrochen wurde. In Bezug auf die Blasenfunction besteht noch jetzt das Betreben, die Entleerung häufiger vorzunehmen. Im übrigen ist das Kind, welches flott läuft, den Turnunterricht in der Schule mitnimmt, vollkommen gesund; immerhin knicken die Füsse leicht nach innen um, auch wird nach längerem Gehen das ganze rechte Bein etwas nachgeschleift. — Die Therapie bestand zuerst in der Anordnung absoluter Ruhe, später wurden die Bäder in Oeynhausen gebraucht, Jodkalium gegeben und methodische Behandlung mit schwachen galvanischen Strömen eingeleitet. — Da das Kind gesund geworden ist, so lässt sich nichts mit Sicherheit über die anatomische Veränderung sagen. Bernhardt glaubt, dass die Krankheit, die sich klinisch als spastische Spinalparalyse erwies, zur Grundlage eine myelitische Affection des Rückenmarks hatte.

Craig's Fall (3) betraf ein 3jähriges, früher bis leichte Bronchitis stets gesundes Mädchen, bei dem in der dritten Woche des Keuchhustens — ob plötzlich oder allmälig war nicht zu ermitteln — Lähmung der linken Facialis und Abducens auftrat. Während der Mund-Facialis völlig paralytisch gefunden wurde, waren die Kinn- und Augenäste des Nerven paretisch afficirt. Eine Besserung ist während $^3/_4$ jähriger Beobachtung nicht eingetreten. Craig hält die Erkrankung für eine Läsion des Abducenskerns (wahrscheinlich Hämorrhagie), durch welchen, wie anatomisch erwiesen, die an dem etwas tiefer gelegenen Facialiskern kommenden Fasern hindurchgehen, so die gleichzeitige Erkrankung dieses Nerven bedingen.

Theodor (5) hat zweimal Hemiplegie beim Keuchhusten beobachtet; in einem Falle trat das vollständige Bild einer Chorea minor hinzu. Als Ursache der Hemiplegie sieht Verf. eine rein traumatische Blutung in den Grosshirnganglien an. Dadurch würde auch das Entstehen der Chorea erklärt sein; von Charcot u. A. ist ebenfalls bereits posthemiplegische Chorea beobachtet und als centraler Sitz derselben die hinteren Schenkel der inneren Capsel erkannt worden. Beide Fälle gingen in Heilung über.

Jarke (8) beschreibt folgenden Fall: 7 jähriges Mädchen. Beide Eltern an Phthise gestorben, eine Schwester an Gehirnentzündung. Plötzlich eingetretene Lähmung der linken Körperhälfte während des Verlaufes einer Keuchhustenerkrankung. Sehnenreflexe etwas erhöht. Sensibilität anscheinend nicht gestört. Kein Fieber. Das Kind lacht ab und zu ohne Grund, während der Untersuchung. Auf Fragen giebt es keine Antwort, führt aber gewünschte Bewegungen aus. Zunehmende Apathie. Cheyne-Stokes'sches Athmen. Pupillen weit, reagiren kaum, Puls unregelmässig. Unter zunehmender Benommenheit Exitus letalis nach 14 tägiger Krankheit. — Die Diagnose war gestellt worden auf einen solitären Tuberkel am Pons mit consecutiver Verschliessung der Art. basilaris. Die Section bestätigte die Tuberculose nicht, sondern gab folgende Befunde: Starke Trübung der weichen Gehirnhaut, Hyperämie des Gehirns. Zwei bis wallnussgrosse Erweichungsherde in jeder Hemisphäre; dieselben waren ziemlich genau symmetrisch gelegen. Jarke deutet den Befund als eine idiopathische Encephalitis, deren Entstehen zurückgeführt werden kann auf die durch die Keuchhustenanfälle bedingten Circulationsstörungen und Gefässwandläsionen im Gehirn.

Oppenheim (7) beschreibt folgenden Fall: Ein 8 jähriges Kind erkrankte plötzlich im Anschluss an einen Keuchhustenanfall mit Störungen des Bewusstseins, Krämpfen im rechten Facialis, rechten Arm und Bein, und Sprachstörungen. Vorübergehende Parese der rechten Extremitäten mit Fehlen der Reflexe. Nach 3 Wochen völlige Heilung. Temperatur, Puls, Pupillen normal.

Neurath (8) berichtet über 5 Fälle von cerebralen Lähmungen, die er im Anschluss an Keuchhusten beobachtet hat. Fall 1 und 2 repräsentiren typische Halbseitenlähmungen. In relativem Wohlbefinden werden die Kleinen, das eine Kind nach kurz anhaltenden Aeusserungen des Missbehagens, plötzlich halbseitig gelähmt. In die Lähmung ist der Facialis inbegriffen, die paretische Seite zeigt die Symptome einer spastischen Lähmung. Im Falle III. wird ein Kind von Convulsionen befallen, nach deren Schwinden es sich aphasisch und am ganzen Körper gelähmt zeigt. Allmälig gewinnen die Extremitäten wieder ihre Function, nur eine rechtsseitige Facialisparese, atactische Schwäche der Beine, tremorartige Zuckungen aller, jedoch vorwiegend der rechten Extremitäten persistiren. Im Falle IV. schliesst sich an eine durch Pertussis veranlasste Bronchiectasie eine sich allmälig entwickelnde Halbseitenlähmung mit Mitbetheiligung des gleichseitigen Facialisgebietes. Im letzten Falle endlich erkrankt ein normal entwickeltes Kind an Convulsionen, nach deren Aufhören dasselbe Zeichen von Idiotie darbietet; gleichzeitig besteht spastische Lähmung der ganzen linken Körperhälfte, an der in etwas geringerem Grade auch das rechte Bein participirt.

Was den ursächlichen Zusammenhang zwischen der bestehenden Infectionskrankheit und den nervösen Erscheinerungen, ferner was das Zustandekommen der Lähmungen anbelangt, so spricht sich Verf. nach Ausscheidung anderer Ursachen (Hirnblutung, Venenthrombose und Embolie) dahin aus, dass es sich in allen seinen Fällen um Encephalitis gehandelt habe. Poliomyelitische Lähmungen, sowie infantile Cerebrallähmungen sind als Complicationen und Nachkrankheiten von Infectionskrankheiten bekannt. Es giebt fast keine Infectionskrankheit, in deren Anschluss dieselben unbekannt geblieben wären. Wir hätten dann anzunehmen, es käme entweder durch eine abnorme Localisation des Krankheitserregers oder noch wahrscheinlicher durch Toxinwirkung von den Gefässen aus zu krankhaften Veränderungen des Centralnervensystems.

Marfan (10) hat seit 2 Jahren das Bromoform angewandt und hält es hinsichtlich seiner Wirkung auf die Verminderung der Zahl und Intensität der Hustenanfälle für dem Antipyrin und der Belladonna überlegen. Unter 5 Jahren verschreibt er im Anfang so viel mal 4 Tropfen täglich, als das Kind Jahre zählt. Zwischen 5 und 10 Jahren beträgt die tägliche Anfangsdosis 20 Tropfen. Diese Dosen müssen allmälig um 2 bis 4 täglich gesteigert werden bis zum Doppelten oder noch weiter. Auch im ersten Lebensjahre kann das Mittel angewandt werden, unter 6 Monaten beträgt die Anfangsdosis 2—3 Tropfen, später 3—4 Tropfen täglich. Stets soll die Tagesdosis in 3 Theile getheilt werden. — Intoxicationserscheinungen hat Verf. nie beobachtet.

[Dytel (11) machte Versuche mit Antispasmin in 5 und 10 proc. Lösung, ferner mit Zinc. oxydat. alb. cum Extr. Bellad., mit Zinc. oxydat. alb. per se, Terpinhydrat, Natr. bromat., Antipyrin und Codein und von den antiseptischen Mitteln mit Einpinselungen von Sublimat. Das Resultat war, dass wir kein Specificum gegen diese Krankheit besitzen, dass alle die genannten Mittel mit Ausnahme von Sublimat nur die Häufigkeit und die Intensität der Anfälle, nicht aber die Dauer der Krankheit günstig beeinflussen.

In 26 Fällen wandte Gutentag (12) Sublimat nach der Methode von Raubitschek gegen Keuchhusten an und erreichte Verminderung der Zahl der Anfälle 11 mal, Linderung ihres Characters 7 mal, Abnahme des Erbrechens 5 mal. Die Dauer der ganzen Krankheit wurde nur unbedeutend beeinflusst.

Spira (Krakau).]

Diphtherie.

1) Haegler, C. S., Bemerkungen zur Diagnose der Diphtherie. Schweiz. Corresp.-Bl. No. 2. — 2) Nocade, Boltan, The examination of cultures from cases of suspected diphtheria. Medical and surgical Reporter. June 27. — 3) Hewlett and Nolan, Results of the bacteriological examination of 1000 cases of suspected diphtheria. Brit. med. Journ. Febr. 1. — 4) Müller, E., Untersuchungen über das Vorkommen von Diphtheriebacillen in der Mundhöhle von nichtdiphtherischen Kindern innerhalb eines grossen Krankensaales. Jahrb. f. Kinderheilkunde XI, III. — 5) Kanthack, A., Metachromatism in diphtheria bacilli. Lancet. Aug. 22. — 6) Spronck, C. H. H., Over de aetiologie van croup hier te lande. Weekblad. 5. Sept. — 7) Rauchfuss, C., Die Diphtherie der oberen Luftwege in ihren Beziehungen zum Croup. Arch. f. Laryngol. 5. Bd. — 8) Beco, L., Contribution à l'étude de la stomatite diphthéroide infantile. Arch. de méd. expér. Tome VIII.

— 9) Schlesinger, E., Die Leucocytose bei Diphtherie. Arch. f. Kinderheikunde. Band 19. — 10) Reiche, Zur Pathologie der Diphtherie. Münch. Med. Wochenschr. No. 15. — 11) Ritter, Jul., Thierdiphtherie und ansteckende Halsbräune. Verhandlg. der 67. Versammlung deutsch. Naturforsch. und Aerzte. Lübeck 1895. — 12) Dräer, A., Die bacteriolog. und klinische Diagnose der Diphtherie. Deutsch. medic. Wochenschr. 30. April. — 13) Trevelyan, E. T., Some points in the pathology of diphtheria. Lancet. Jan. 25. — 14) Loos, S., Ueber das Verhalten des Blutserums gesunder und diphtheriekranker Kinder zum Diphtherietoxin. Jahrb. f. Kinderheilk. XLII, 3—4. — 15) Schmid, A. und E. Pflanz, Ueber das Verhalten der Frauenmilch zum Diphtherietoxin. Wiener klin. Wochenschr. 42. — 16) Onnen, P. W., Sets over de Epidemiologie der Diphtherie. Weekblad. 16. — 17) Vucetić, Nic., Beitrag zur recidivirenden Diphtherie. Allg. Wien. med. Zeitg. No. 15. — 18) Richards, Meredith, Post-scarlatinal diphtheria. Lanc. Sept. 26. — 19) Coakley, Statistics of diphtheria. New York med. Record. June 6. — 20) Schneider, Ueber Halsdiphtheritis. Memorabil. XL. 3. — 21) Toms, S. W. S., Membranous angina, simulating diphtheria, with observations on etiology. Med. news. June 13. — 22) Sharp, G. Ib., Membranous croup always due to the microbe of diphtheria. Edinbourgh. Journ. Decb. — 23) Geyer, Ein Fall von postdiphtheritischer Lähmung. Jahrb. f. Kinderhlk. Bd. 53. Heft 1. — 24) Toch, S., Beitrag zur Casuistik der extrapharyngealen und extrapharyngeal beginnenden Diphtheritis. Prag. med, Wochenschr. No. 37. — 25) Cott, G. F., Some avoidable accidents of intubation. Medical and surgical Reporter. Jan. 25. — 26) van Hees, Zur Intubation bei Diphtherie. Deutsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. 42. — 27) Galatti, D., Ueber Narbenstricturen nach Intubation. Jahrb. f. Kinderheilk. XLII. 3—4. — 28) Bark, John, Two cases of diphtheria in which curetting of the trachea was employed after tracheotomy. Lancet. July 25. — 29) Alexander, E., The succesful treatment of diphtheria without Antitoxin. New York Medical Record. March 28. — 30) Pyle, W. L., A new treatment of diphtheria, the intravenous injection of mercuric chlorid. A therapeutic suggestion. Medical News. July 18. — 31) Graetzer, E., Tinctura Myrrhae bei Diphtherie. München. med. Wochenschr. No. 47. — 32) Hüls, Ueber die Localbehandlung der Diphtherie. Therapeut. Monatshefte. Sept. — 33) Pressel, Mittheilungen über den Erfolg der Diphtheriebehandlung mit Schwefel in Verbindung mit chlorsaurem Kali. Med. Correspond. Blatt. No. 17. — 34) Hick, Lawrence F., Calomel a specific in diphtheria. Medical and surgical Reporter. June 13. — 35) Smirnow, G., Ueber das künstlich dargestellte Diphtherieantitoxin. Berlin. klin. Wochenschr. No. 27. — 36) Derselbe, Note sur la détermination du pouvoir neutralisant du sérum antidiphteritique. Arch. des Sciences Biolog. IV. 3. — 37) Wood, G. E. Cartwright, The production of potent diphtheria antitoxins. Lancet. Oct. 24. — 38) Pawlowsky u. Maksutow, Methoden der Immunisirung von Pferden zu Zwecken der Gewinnung des Diphtherieheilserums. Zeitsch. für Hyg. Bd. 21. — 39) Kassowitz, M., Wirkt das Diphtherieheilserum beim Menschen immunisirend? Wien. med. Wochschr. 23. — 40) Löhr, Ueber Immunisirungsversuche gegen Diphtherie. Jahrbuch für Kinderheilkunde XLIII. — 41) Roger, G. H., Accidents imputables à la sérothérapie. Gazette hebdom. 9. Aout. — 42) Tramitz, E., Einige Arthropathien bei der Behandlung der Diphtherie mit Behrings Heilserum. — 43) Goodall, E. W., Three cases of diphtheria, occuring in patients the subjects of nephritis, treated with antitoxin. Lancet. Nov. 21. — 44) King, Alfred, The use of antitoxin. Boston med. and surg. journ. No. 13. — 45) Barth, Die Nebenwirkungen des Diphtherieheilserums. Deutsche med. Wochenschr. 25. — 46) Hartung, C., Die Serumexantheme bei Diphtherie. Jahrb. f. Kinderheilk. XLII. 1. — 47) Berg, Henry W., Pneumonia as a complication of diphtheria in children. Medical News. March 28. — 48) Raymond, F., Un cas de paralyse diphtheritique. Gazette hebdom. med. et chirurg. Mars. — 49) Le Filliatre, Observation d'un cas de paralysie diphthéritique survenue un mois après la sérumthérapie. Ibid. Avril. — 50) Mandorff, George Theo., Severe post-diphtheritic paralysis in an adult treated by antitoxin. New medical Record. June 27. — 51) Thomas, Diphtheritic hemiplegia. Americ. Journ. of med. scienc. April. — 52) Gutmann, H., Diphtherieheilserum und postdiphtherische Accomodationslähmungen. Berlin. Mai. — 53) Gläser, J. A., Mittheilungen über 20 Jahre Diphtherie im Hamburger Allgemeinen Krankenhause. Zeitschr. f. klin. Med. 30. Bd. H. 3 u. 4. — 54) Wartmann, Th., Die Diphtherie im Canton St. Gallen. Schweiz. Correspond. Bl. No. 9. — 55) Fischer, L. D., The treatment of diphtheria: an inquiry into modern methods employed at Berlin in the summer of 1896. Medical Record. Dec. 26. — 56) Hilbert, P., Ueber Diphtherie, ihre bact. Diagnose u. d. Erfolge d. Heilserumbehandlung. Deutsch. Arch. f. klin. Med. LVI. — 57) Kassowitz, Zur Diphtherieserumstatistik. Wien. klin. Wochenschr. No. 17. — 58) Billings, J. S., I globuli del sangue nella difterite ed effetti su di essi prodotto dal l'antitossina. Raccoglitore. 10. Juli. — 59) Bornemann, Diphtheritische Larynxstenose, durch Behring's Heilserum ohne Operation geheilt. Deutsche medicinische Wochenschrift. 28. — 60) Ladanyi, M., Zur Kritik der Serumtherapie. Wien. med. Presse. 38. — 61) Gensichen, Erfahrungen am eigenen Leibe mit Behring's Serum. Berl. klin. Wochenschrift. No. 49. — 62) Hoffner, O., Todesfall nach Anwendung des Diphtherieheilserums. Wien. med. Pr. No. 25. — 63) Langerhans, Tod durch Heilserum. Berl. klin. Wochenschr. No. 27. — 64) Strassmann, F., Tod durch Heilserum. Ebendas. No. 23. — 65) Gottstein, A., Ueber Todesfälle, welche bei der Anwendung des Diphtherieheilserums beobachtet worden sind. Therap. Monatsh. X. Jahrg. Mai. — 66) Derselbe, Die Bekämpfung der Diphtherie. Berl. klin. Wochenschr. No. 50. — 67) Fränkel, C., Erwiderung. Ebendas. No. 50. — 68) Paltauf, R., Bemerkungen zu dem Falle vom plötzlichen Tode eines Kindes nach einer präventiven Injection von Behring's Heilserum. Wien. klin. Wochenschr. No. 16. — 69) Bernheim, T., Zur Kritik der Serumtherapie bei Diphtherie. Therap. Monatsh. Juni. — 70) Fitzpatrick, A possible explanation of sudden death after the administration of diphtherieantitoxin, applied to the death of the child of Dr. Langerhans. Med. Record. April 18. — 71) Adamkiewicz, A., Serumtod und Geheimmittel. Wien. med. Presse. No. 18. — 72) Nowak, Zur Kenntniss der Bacterienflora der Rachenschleimhaut bei Diphtheritis. Nowiny lekarsky. No. 12. — 73) Madsen, Experimentelle Untersuchungen des Diphtheriegiftes. Dissert. Kopenhagen. — 74) Faber, Scarlatina, eine Ursache des Verschwindens der Diphtheriebacillen des Rachens. Hospitals Tidende. R. 4. Bd. 4. p. 1083. — 75) Gluzinski, Ueber die Wirkung des diphtheritischen Virus. Przeglad lekarski. No. 25. — 76) Koral, Ein Fall von Polyarthritis nach Seruminjectionen bei Croup. Kronika lekarska. No. 1. — 77) Winters, Jos. E., Clinical observations upon the use of antitoxin in diphtheria; and a report of a personal investigation of this treatment in the principal fever Hospitals of Europe during the summer of 1895. Med. Record. June 20. — 78) Baginsky, A., The antitoxin treatment of diphtheria in the Kaiser and Kaiserin Friedrich children's hospital, and Dr. Winters' observations thereon. Ibid. Aug. 8. — 79) Sureck Henkemans, Intubatie en Serumtherapie by Larynxdiphtherie. Weekbl. 1. Jan. —

80) Spronck en Wirtz, Resultaten van de therapeutische en preventive Anwending van Anti-diphtherisch-Serum ten behoeve van on-en Minvermogenden Bereid. Ibid. 26. Sept. — 81) De Jong, De Formule van Prof. Spronck ter vergeligking van antidiphtheritisch geneesserum van Roux en Behring-Ehrlich. Ibid. No. 23. — 82) Mendez, Jul., Difteria. Annales del circulo medico argentino. No. 12 u. 13. — 83) Biggs, Herm. N., Some investigations as to the virulence of the diphtheria-bacilli occasionally found in the throat-secretions in cases presenting the clinical features of simple acute angina. Amer. Journ. of med. Sc. Oct. — 84) Dana, Charles L., Diphtheritic palsies and the use of antitoxin. Med. Record. April 11.

Casuistische Mittheilungen zur Heilserumtherapie: 85) Pasemann, Inaug.-Diss. Greifswald. 1895. — 86) Richter, E., Inaug.-Diss. Halle. — 87) Müller, J., Inaug.-Diss. Halle. — 88) Auerbach, L., Centralbl. f. inn. Med. No. 18. — 89) Soerensen, Therapeut. Monatsh. Aug. — 90) Rubens, Ebendas. April. — 91) Soerensen, Ebendas. März. — 92) Gerlóczy, S. v., Wien. klin. Rundschau. No. 21—24. — 93) Palmer, Med. Correspondenzbl. d. Württemb. ärztl. Landesvereins. 1. Aug. — 94) Seitz, Münch. med. Wochenschr. No. 7. — 95) Virweinsel, Ebendas. No. 19. — 96) Fürth, K., Ebendaselbst. No. 29. — 97) Adolph, F., Deutsche med. Wochenschr. No. 3. — 98) Hammer, Ebendas. No. 51. — 99) Cuno, F., Ebendas. No. 52. — 100) Erdberg, St. Petersburg. Wochenschr. No. 15. — 101) Vierhuff, W., Ebendas. No. 41. — 102) Kobber, Wien. klin. Wochenschr. No. 4—6. — 103) Blumenfeld, Ebendas. No. 13. — 104) Zuppinger, Ebendas. No. 22. — 105) Neurath, Ebendas. No. 35. — 106) Knoepfelmacher, Ebendas. No. 50. — 107) Revilliod, Revue méd. de la Suisse romande. No. 2. — 108) Hutinel, Gaz. hebdomad. de méd. et de chir. No. 13. — 109) Haushalter, Ibid. No. 66. — 110) Veill, Alfr., Lancet. Sept. 12. — 111) Riley, F., Ibid. Oct. 3. — 112) Martin, S., Ibid. Oct. 17. — 113) Russell Ronaldson, Ibid. Nov. 7. — 114) Warrack, James S., Ibid. Dec. 19. — 115) Atchley, Barnett-Bentley, Claremont, Haydon, Isaac, Scott, Brit. med. Journ. Jan. 18. — 116) Martin and Smith, Ibid. Jan. 25. — 117) Young, William S., Ibid. Febr. 1. — 118) Raw, Nathan, Ibid. Febr. 15. — 119) Arnold, Barnett-Bentliff, Oswald, Russell, Kendall, Campbell, Mcdonnell, Macilwaine, Deanesly, Harris, Higginson, Barrett, Bond, Christian, Ibid. März 14. — 120) Freeland, Maude, Richmond, Smerton, Starling, Munro, Wood, Cooper, Evans, Fountain, Grayling, Marston, Olliver, Raven, Forbes Ross, Ibid. April 11. — 121) Wray, Greenwood, Jollye, Ibid. May 9. — 122) Stevens, Gardner, Gimlette, Sterle, Ibid. April 18. — 123) Thresh, Ibid. Aug. 22. — 124) Bryant, Jos. D., Med. News. June 20. — 125) The report of the american pediatric society's collective investigation in the use of antitoxine in the treatment of diphtheria in private practice. Ibid. July 4. — 126) Herringham, W. T., St. Barthol. Hosp. Rep. Vol. 31. — 127) Marsh, E. L., Glasgow med. Journ. No. 5. — 128) Anderson, Med. and surg. Report. Jan. 25. — 129) Moody, Ibid. May 2. — 130) Mc Collom, John H., Boston med. and surg. Journ. No. 7. — 131) Giovanelli, Gazzetta med. Lombarda. No. 7. — 132) Derkalski, Nowiny lekarskie. No. 6. — 133) Krapuscinski, Ibid. No. 6. — 134) Alkiewicz, Ibid. No. 6. — 135) Kapelski, Ibid. No. 6. — 136) Drobnik, Ibid. No. 6. — 137) Drecki, Gazeta lekarska. No. 28. — 138) Pertawski, Ibid. No. 29. — 139) Lidmanowski, Ibid. No. 52. — 140) Slapa, Przeglad lekarski. No. 15. 16. — 141) Rosenberg, Medycyna. No. 10.

Haegler's (1) Arbeit dreht sich um die Frage, ob Diphtheriebacillen auf Löffler's Serum oder auf Glycerinagar leichter diagnosticirt werden können und wendet sich hauptsächlich gegen eine Arbeit von Demmer, der das letztere besonders empfohlen hatte. Vergleichende Untersuchungen verschiedener Nährsubstrate lassen ihn zu dem Schluss kommen, dass für solche Untersuchungen, wo die Raschheit der Diagnose vor Allem wichtig ist, wo man ein unbestimmtes Material zu verarbeiten hat, dessen Herkunft man nicht genau kennt, die Verwendung des Löffler'schen Serums allen anderen Nährböden bei Weitem vorzuziehen ist. Nächst diesem Serum rangirten die gekochten Eier und erst dann kam der Glycerinagar.

Hewlett und Nolan (3) haben 1000 diphtherieverdächtige Fälle bacteriologisch untersucht. Die Untersuchung wurde an ganz frischem Material (28 Fälle) durch directe microscopische Prüfung, bei den übrigen durch Verimpfung auf Löffler'sches Serum vorgenommen. 587 mal wurde der Löffler'sche Bacillus, theils allein, theils vergesellschaftet mit einer Menge anderer Bacterien gefunden; ob sich in diesen Fällen der klinische Verlauf auch dementsprechend anders gestaltete, als bei den Fällen ohne Diphtheriebacillen, darüber wird nichts gesagt. Bei wiederholten Untersuchungen derselben Fälle wurden noch 2—23 Wochen nach der ersten Attacke Diphtheriebacillen gefunden.

Als auf einem Saale der inneren Abtheilung der Charité immer erneute Fälle von bacteriologisch erwiesener Diphtherie auftraten, ging Müller (4) daran, die Mund- und Rachenschleimhaut aller Kinder dieses Saales auf Diphtheriebacillen zu untersuchen. Der leitende Gedanke dabei war, zu eruiren, einmal, wie häufig sich überhaupt im Halse anscheinend gesunder, zum mindesten belagfreier Kinder Diphtheriebacillen fänden und dann, wie sich die Ansteckung vollzöge, ob die neu aufgenommenen Kinder die Diphtheriebacillen ins Haus hereinbrächten oder ob sich im Wesentlichen der Infectionsherd im Saale befände und sich die Ansteckung auf die frisch aufgenommenen Kinder durch den Verkehr mit den älteren ausdehne. 100 an den mannigfachsten Erkrankungen leidende Kinder wurden innerhalb fünf Monaten untersucht. Unter diesen wurden 24 mit Diphtheriebacillen behaftet gefunden, ohne dass sich irgend welche Veränderungen der Mund- und Rachenschleimhaut nachweisen liessen. Von diesen fallen 4 auf die bei Beginn der Untersuchungen vorgefundenen 8 Kinder. Diese müssen abgerechnet werden, weil sich natürlich nicht eruiren liess, ob die Kinder die Diphteriebacillen mitgebracht hatten oder ob die Ansteckung im Saale stattgefunden hatte. Die Kinder beherbergten — ohne irgend welche sonstigen characteristischen Erscheinungen — ihre Diphtheriebacillen oft wochenlang, einmal $2^1/_2$ Monate lang im Munde. Von diesen 24 Fällen wurden 12 auf ihre Virulenz durch Thierversuche geprüft; 6 mal zeigte sich der Bacillus vollvirulent. Der Verf. zieht aus der häufigen Anwesenheit von Diphtheriebacillen in der gesunden Mundhöhle den Schluss, dass noch besondere Verhältnisse vorhanden sein müssen, welche den Aus-

bruch einer Diphtherie mit allen ihren klinischen Symptomen und pathologisch-anatomischen Veränderungen bewirken. Die persönliche Immunität der Kinder spielt dabei sicher die Hauptrolle.

Kanthack (5) greift in einer kurzen Notiz auf eine kürzlich erschienene Mittheilung von Gossage zurück, welcher das Verhalten des Diphtheriebacillus in glycerinhaltigen Nährboden gegenüber dem Methylenblau als Unterscheidungsmerkmal des Diphtheriebacillus von anderen ähnlichen Bacterien angegeben hat. K. weist diese Mittheilung als ganz irrthümlich zurück: der Diphtheriebacillus zeigt dasselbe Verhalten auch in nicht glycerinhaltigen Nährboden und Babes hat dasselbe auch von anderen Microorganismen nachgewiesen.

Unter Anführung von 13 eigenen Beobachtungen stellt Beer (8) das Krankheitsbild der diphtheroïden Stomatitis auf, welche durchaus von der Stomatitis aphthosa getrennt werden soll. Sie zeigt sich als fibrinöse Infiltration, in Form von Plaques an der Wangenschleimhaut. Die Microorganismen, die dabei gefunden werden, sind der Staphylococcus aureus und der Streptococcus pyogenes. Der Verlauf ist immer ein günstiger, doch bleiben mitunter Narben zurück. Die Affection ist leicht übertragbar.

Das Beobachtungsmaterial von Schlesinger (9) umfasst 24 Fälle des Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinder-Krankenhauses. Einer der Fälle starb an Herzparalyse, alle anderen wurden geheilt. Die erste Untersuchung wurde stets vor der ersten Injection von Heilserum gemacht, die zweite in der Regel am folgenden Vormittag. 21 Fälle zeigten bei der Aufnahme eine mehr oder weniger hochgradige Hyperleucocytose; bei 3 Fällen waren normale Verhältnisse. Der Grad der Hyperleucocytose schwankte zwischen 1 : 71 und 1 : 275. Ein Einfluss des Alters konnte nicht constatirt werden. Von einiger Bedeutung ist der Tag, an welchem die Patienten zum ersten Mal untersucht worden. Diejenigen, welche am 1. Krankheitstage zur Aufnahme kamen, zeigten alle eine Hyperleucocytose stärker als 1 : 200; für die ersten beiden Krankheitstage fällt ein Drittel auf die Gruppe 1 : 100—150, und von den weiteren zwei Dritteln die Hälfte auf 1 : 150—200, während bei den Patienten, die am 3. Krankheitstage zum ersten Male untersucht wurden, das Verhältniss von 1 : 250—300 überwiegt über die niederen und höheren Grade. — Ein Einfluss der Temperatur wurde nicht beobachtet; ebensowenig von Seiten der Intensität der örtlichen Erkrankung. Bei günstigem Ausgange der Diphtherie vermindert sich die Hyperleucocytose, bei ungünstigem bleibt sie bestehen, im Gegensatz zu der genuinen Pneumonie und anderer Infectionskrankheiten. — Eine Besonderheit der Leucocytencurve wird durch die Heilserumtherapie hervorgerufen. Es handelt sich um eine mehr oder weniger beträchtliche und rapide Abnahme der Leucocytenmenge nach der Injection des Heilserums, nach der dann wieder eine Hyperleucocytose eintritt, die indess nicht mehr den ursprünglichen Grad derselben erreicht. Verf. konnte in zwei Drittel der Fälle diese vorübergehende Hyperleucocytose constatiren.

Reiche (10) demonstrirt im Hamburger ärztlichen Verein eine Reihe von microscopischen Präparaten, welche von den inneren Organen an Diphtherie verstorbener Patienten stammen und spricht über die Formen und die Häufigkeit der in denselben hervortretenden Veränderungen. Durch seine Befunde ist wesentlich Neues nicht eruirt worden, sie enthalten eine Bestätigung der früheren Arbeiten von Fischl, Bernhard und Felsenthal, Oertel und anderen Autoren.

Ritter (11) bespricht die als Diphtherie bezeichnete, mit fibrinöser Exsudation einhergehende Erkrankung der oberen Luftwege bei Kälbern und Hausgeflügel. Er kommt zu dem Schluss, dass diese Erkrankung hervorgerufen wird durch einen dem Milzbrandbacillus ähnlichen, schmalen Bacillus mit abgerundeten Ecken. Die durch den Löffler'schen Bacillus hervorgerufene wahre Diphtherie konnte Verf. bei Thieren nur künstlich durch Einspritzung von Diphtheriebacillenculturen erzeugen. Ohne Diphtheriebacillen keine ansteckende Halsbräune. Verf. hebt besonders hervor, dass die mortificirende Infiltration durch Wechselwirkung des Diphtheriebacillus und der Streptococcen zu Stande käme. Er hat die letzteren hervorragend virulent gefunden.

Trevelyan (13) berichtet über den anatomischen Befund der Organe, speciell des Herzens, eines Kindes, welchem wegen Diphtherie 5 ccm Heilserum injicirt worden waren; es trat darauf Besserung ein, aber 10 Tage später starb das Kind an Herzlähmung. Das Myocard war bemerkenswerth; die Muskelfasern, mit Osmiumsäure behandelt, waren von tiefschwarzer Farbe. Theilweise war die Degeneration so weit vorgeschritten, dass Muskelfasern nicht mehr genau unterschieden werden konnten. Die Muskelkerne waren undeutlich, das interstitielle Gewebe sehr wenig afficirt. Die Veränderungen boten das Bild der acuten, degenerativen Myocarditis. — Dass die Serumbehandlung in irgend welchen Beziehungen zu den Veränderungen am Herzen gestanden hat, glaubt Verf. nicht.

Loos (14) hat das Serum einer Reihe von Kindern seinem Verhalten gegenüber dem Diphtherietoxin geprüft. Mit der tödtlichen Toxindosis wurde vor der Injection 0,5—1,0 g pro Kilogramm Thier von dem zu untersuchenden Blutserum gemischt. Dieses Gemisch von Toxin und zu prüfendem Serum wurde den Thieren (ausschliesslich Meerschweinchen) subcutan in die Bauchgegend injicirt. Die injicirten Thiere wurden täglich untersucht, die überlebenden monatelang behalten, eines und dasselbe nie wieder zu einem Diphtherieversuche benutzt. Die erhaltenen Resultate fasst der Verf. in folgenden Sätzen zusammen.

1. Injectionen grösserer Mengen von Heilserum sind im Stande, die antitoxischen Eigenschaften des Blutes bei Menschen zu ändern, d. h. zu vermehren. Dies lässt sich durch Thierversuche nachweisen. Es ist noch nicht untersucht, wie lange eine solche Aenderung des Blutserums andauert.

2. Die sogenannten prophylactischen Injectionen von Heilserum lassen sich mit den hier angewendeten

Methoden an der Aenderung der antitoxischen Fähigkeiten des Blutserums nicht erkennen.

3. Das natürliche Ueberstehen der Diphtherie geht mit einer Vermehrung, vielleicht auch erst Bildung antitoxisch wirkender Substanzen im Blutserum auch bei Menschen einher. Dies ist exact nur durch wiederholte Untersuchung eines und desselben Falles nachzuweisen. Es dauert längere Zeit, ehe nach Ueberstehen der Diphtherie dieser geänderte Blutzustand zweifellos festzustellen ist.

4. Die während des Bestehens einer Diphtherie oder kurze Zeit nach Ablauf derselben vorgenommene Untersuchung des Blutserums bei Menschen giebt keinen brauchbaren Aufschluss über das Vorhandensein antitoxischer Substanzen in demselben.

5. Dagegen lässt sich bei gewissen schweren Formen dieser Krankheit auch beim Menschen während des Lebens Diphtherietoxin im Blute durch das Thierexperiment erweisen.

6. Es scheint ein unleugbarer Zusammenhang zu bestehen zwischen Infectionsfähigkeit, Schwere der Infection, Verlauf derselben und zwischen den natürlicher Weise vorhandenen antitoxischen Blutserumeigenschaften.

7. Die einmal natürlicher Weise bestehenden antitoxischen Eigenschaften des Blutserums sind möglicher Weise dauernde, wenigstens ändern sie sich nicht in kurzer Zeit ohne Erkrankung. Ob dies auch für die durch künstliche Zufuhr von Antitoxin herbeigeführte Aenderung des Blutes gilt, muss erst erwiesen werden.

Schmid und Pflanz (15) haben die Untersuchungen, die bereits von Ehrlich und Wassermann bei Ziegen angestellt worden sind, bei Menschen gemacht. Vor den Milchversuchen wurde eine Prüfung des Placentar-Blutserums vorgenommen, da einerseits nur die Milch solcher Frauen verwendet werden konnte, deren Placentarblut Schutzkörper gegen Diphtherie enthielt, sei es, dass sie damit den Tod des Thieres verhinderten oder verzögerten; andererseits sollte die Wirksamkeit der Milch mit denen des Blutserums verglichen werden. Sechs exact und mühselig ausgeführte Versuchsreihen ergaben Folgendes: 1. Die in dem Blute der Wöchnerin enthaltenen Schutzkörper gehen in die Milch über. 2. Die Menge derselben ist in der Milch erheblich geringer als im Blute, so dass man stets eine mehrfaches Quantum der ersteren benöthigt, um die gleiche Wirkung zu erzielen. Es ist also damit festgestellt, dass auch dem Neugeborenen bezw. dem Säuglinge einer Mutter, deren Blut mit Schutzkörpern gegen Diphtherie ausgestattet ist, selbst wenn sein vom Uterinleben her mitgebrachter Vorrath an Antikörpern aufgebraucht ist, noch immer durch die Muttermilch solche zukommen und ihn für Diphtherie weniger empfindlich oder gar unempfänglich machen — gewiss ein grosser Vortheil für das Brustkind gegenüber dem künstlich ernährten Säuglinge.

Richards (18) trennt nicht streng Scharlach-Diphtherie und specif. Diphtherie. Er hat in seinem Krankenhause vom Juli 1893 bis December 1895 300 bis 350 Scharlachfälle behandelt. In dieser ganzen Zeit wurde Diphtherie nicht aufgenommen und es trat die auffällige Thatsache ein, dass im weitaus grössten Theile dieser Zeit — bis zur Mitte 1895 — keine postscarlatinöse Diphtherie zur Beobachtung kam. Um diese Zeit trat bei einem in der Reconvalescenz befindlichen Kinde eine Larynxdiphtherie auf, der dann eine grössere Anzahl anderer folgten. In den Jahren 1893—1894 war, wie statistisch festgestellt wird, auch in der Stadt Diphtherie nur halb so oft beobachtet worden, wie i. J. 1895.

Toms (21) berichtet über 5 Kranke, die alle, unabhängig von einander, in ganz diphtheriefreien Gegenden an Affectionen erkrankt waren, die grosse Aehnlichkeit mit Diphtherie hatten. Dagegen sprach das Fehlen von Diphtheriebacillen und die Abwesenheit aller Allgemeinerscheinungen, die sonst Diphtherie zu begleiten pflegen (Toxaemie, Prostration, Albuminurie etc.), ferner dass die Krankheit sich in keinem Falle weiter ausbreitete, obwohl irgend welche Absperrungsmaassregeln nicht getroffen waren. Alle Kranken aber wohnten in ungesunden Räumen, theils neu gebaut und feucht, theils mit schlechter oder gar keiner Canalisation versehen und daher den Abzugsgasen ausgesetzt. Verf. fasst daher die Affection nach dem Vorgange von Tidey, der ähnliche Erkrankungen aus der Schweiz beschrieben hatte, als septische Tonsillitis auf.

Toch (24) beschreibt folgende Fälle: 1. Nabeldiphtherie bei einem 55 Tage alten Kinde. Nachweis von Diphtheriebacillen. Heilseruminjection. Tod wegen gleichzeitig bestehender Gastroenteritis. 2. Diphtherie der Vulva bei einem 15 Monate alten Kinde. Nachweis von Diphtheriebacillen. Secundäre Rachendiphtherie. Heilseruminjection. Tod nach Abheilung sämmtlicher localer Erkrankungsherde an Herzschwäche. 3. Nasendiphtherie bei einem 23 Tage alten Säugling. Positiver bacteriologischer Befund. Secundäre Rachendiphtherie. Heilseruminjection. Obwohl die Reinigung des Rachens ohne Unterbrechung fortschritt, ging das Kind an Pneumonie zu Grunde.

Die Warnungen, die Cott (25) ertheilt, sind folgende: Den Faden bei der Intubation nicht entfernen, bevor das Kind wiederholt gehustet hat. Kein zu grosses Gewicht legen auf die Zahl der Respirationen, sie hängen mit der Toxinwirkung und nicht mit der laryngealen Obstruction zusammen. Verf. hat selbst früher einmal erklärt, dass jedes Kind, welches mehr als 35 Respirationen in der Minute habe, zu Grunde gehen müsste; er ist anderer Ansicht geworden, er hat selbst bei 75 Respirationen Kinder gesund werden sehen. Vorsicht bei der Prognose. Nie den Patienten allein lassen, da oft plötzlich die Tube durch Schleimpfröpfe verstopft wird.

van Hees (26) giebt einen Ueberblick über die mit der Intubation erhaltenen Resultate am städtischen Krankenhause zu Hannover. Er kommt zu dem Schluss, dass die Intubation niemals die Tracheotomie verdrängen werde, sie bleibt die souveräne Operation. Dabei ist nicht zu verkennen, dass man in vielen Fällen diphtheritischer Larynxstenose, bei denen die Diphtherie auf Rachen und Kehlkopf beschränkt ist, die einen weit

schwereren Eingriff darstellende Tracheotomie umgehen und eine schnellere Heilung mit der Intubation erzielen kann. Auszuschliessen sind davon nur Kinder in den beiden ersten Lebensjahren, ferner bei den ersten Anzeichen einer Lungenerkrankung.

Bark (28) berichtet über zwei Fälle, welche nach seiner Ansicht sicher nach der Tracheotomie an absteigendem Croup dyspnoisch zu Grunde gegangen wären, wenn nicht der Chirurg des Krankenhauses, Lawson Dick, wiederholt ein Curettement der Trachea und der Bronchen vorgenommen hätte. Die Operation wurde an dem einen Kinde 12 mal, an dem anderen 6 mal vollzogen. Das chirurgische Instrumentarium dazu besteht aus einem kleinen Volkmann'schen Löffel und einer gefensterten Curette. Unmittelbar nach dem Curettement trat immer bedeutende Besserung und Erleichterung der Athmung ein.

Alexander (29) aus Juarez in Mexico ist ein sehr harmloser Gegner der Antitoxinbehandlung. Er weiss, dass die „jungen Leute" lächeln werden über seine veralteten Anschauungen; aber er practicirt doch schon seit 25 Jahren, er spricht Englisch, Deutsch, Französisch und Spanisch und hat die Literatur aller dieser Länder verfolgt; daher weiss er, dass die Erfolge der Antitoxinbehandlung nur der jetzt so milde auftretenden Diphtherie zuzuschreiben sind. Der Pater Ortiz, der Herr Pastor aus dem Orte, der doch schon 90 Jahre alt ist und der doch auch Medicin studirt hat, ist der gleichen Ansicht wie der Herr Dr. Alexander. Schade um die Zeit, die man mit dem Lesen solcher „wissenschaftlicher Abhandlungen" zubringt. In diesem Sinne übergehe ich mit mildem Schweigen die folgenden Arbeiten von Pyle (30), Graetzer (31), Hüls (32), Pressel (33), Hick (34).

Smirnow (35) hat seine früheren und hier referirten Untersuchungen über die Herstellung von Antitoxin auf electrolytischem Wege weiter fortgesetzt. Die Hauptnachtheile desselben waren, dass es ihm noch nicht gelungen war, ein eine bestimmte Giftmenge enthaltendes Antitoxin herzustellen und ferner, dass selbst ein gelungenes Antitoxin seine Heilkraft allmälig einbüsste. Um eine Vermischung der beiden bei der Electrolyse erhaltenen verschiedenen Flüssigkeiten und damit schädliche Beimengungen zum Antitoxin zu verhindern, wurde ein Tampon aus hygroscopischer Watte direct unter dem positiven Pole angebracht und nur der über dem Tampon befindliche Flüssigkeitsantheil genommen. Verf. bespricht nun noch weiter andere, die Inconstanz der Heilkraft des Antitoxin möglicherweise bedingende Ursachen, die im Original nachgelesen werden mögen. Der Gesammtprocess der Antitoxindarstellung zerfällt nunmehr in 2 Hälften, wobei anfangs nur die Chlorirung, d. h. die Electrolyse des 0,5 proc. kochsalzhaltigen Toxins mit Kohlenelectroden vor sich geht, dann aber die Kohlenelectrode am positiven Pole zur Entfernung des Tampons durch mehrmals wechselnde Silberelectroden ersetzt wird; da aber der unter der Kathode eingeschaltete Wattebausch dem Zufluss des Alkali von der Anode her hinderlich ist, so wird, um dessen Mangel zu ersetzen, am positiven Pole bereits nachträglich, während des Ersatzes der Kohle mit der Silberelectrode, Alkali, meist KOH zugegossen. Es hat die Erfahrung gelehrt, dass die Heilkraft des Antitoxins ausschliesslich von der Dauer der Chlorirung abhänge, so dass, wenn 200 ccm Giftbouillon mit 0,5 proc. Kochsalz zur Electrolyse genommen werden, man nach 7stündiger Chlorirung bei 45 M.-A. und nachträglicher 5—6 stündiger Silberbehandlung nach Zusatz von 3 ccm einer 20 proc. KOH-Lösung, ein Antitoxin erhält, von dem 0,5—1,0 ccm genügen, ein grosses Meerschweinchen 16—18 Stunden nach der Infection mit 0,1 ccm Diphtheriebouilloncultur, d. h. einer Dosis, an der das Controlthier in 24—30 Stunden nach der Injection zu Grunde geht, zu heilen. Hat aber die Chlorirung ceteris paribus 8 Stunden gedauert, so heilt ein solches Antitoxin, in derselben Dosis injicirt, die Anfangsstadien der Krankheit bei Meerschweinchen vorzüglich, erweist sich aber bereits als zu schwach in den vorgeschritteneren. — Im Besitze einer so bedeutenden Heilkraft scheint das Antitoxin bei solcher Darstellungsweise vollkommen frei von beigemengtem Gift und an sich unschädlich zu sein.

Pawlowsky und Maksutow (38) bewirken die Immunisirung von Pferden in der Weise, dass zunächst eine vorläufige Injection von Heilserum unter die Haut vorgenommen wird, worauf dann schon nach 2—3 Tagen das Gift, und zwar gleich von vornherein in grossen, rasch steigenden Dosen injicirt wurde. Weiterhin wurde die Immunisirung folgendermaassen durchgeführt: Zuerst wurden 40 ccm Toxin unter die Haut gespritzt, dann nach 2 Tagen 40 ccm ins Blut, nach 4 Tagen 60 ccm unter die Haut, nach 2 Tagen 60 ccm ins Blut, hierauf wiederum 4 Ruhetage und dann 160 ccm unter die Haut und ins Blut. Stellen sich Erscheinungen ein, die auf eine Erkrankung des Organismus hinweisen, so muss man weiteres Einführen von Toxin unterlassen und wiederum eine genügende Menge Antitoxin injiciren. Die ganze Menge des eingeführten Giftes betrug 1200 ccm. 12 Tage später wurde eine Probeportion des Blutes entnommen. 5 Tage vorher wurde 70 ccm Heilserum eingeführt. Das Probeblut zeigte bei seiner Prüfung am Meerschweinchen, dass das Serum, ungeachtet der kurzen Immunisirungsdauer 200 Antitoxineinheiten pro ccm enthielt; dieses Serum ist also viel stärker wie No. 3 nach Behring.

Kassowitz (39) stellt die sämmtlichen Beobachtungen, welche bisher über Immunisirung vorliegen, zusammen. Es seien bis jetzt von 12 Beobachtern 866 Fälle von Immunisirung mitgetheilt, davon seien 65 Fälle nachträglich im Laufe der nächsten Tage und Wochen erkrankt. Und zwar schwankt der Zeitpunkt, der zwischen Immunisirung und Erkrankung lag, von 2 Tagen bis 16 Wochen; es sind also nicht bloss diejenigen erkrankt, die schon zur Zeit der Immunisirung inficirt waren. Kassowitz fasst sein Urtheil in folgenden Sätzen zusammen:

1. Weder das Ueberstehen einer schweren Diphtherie, noch die Application einer grossen Menge von „Immunisirungseinheiten" zum Zwecke der Heilung derselben ist im Stande, beim Menschen eine Unem-

pfänglichkeit gegen die diphtheritische Infection herbeizuführen.

2. Nach grösseren oder kleineren Immunisirungsdosen sind die Erkrankungen an Diphtherie geradeso häufig wie ohne dieselben.

3. Die Erkrankung der „immunisirten" Individuen kann zu jeder Zeit, sowohl nach wenigen Tagen, als auch nach Wochen und Monaten erfolgen.

4. Die diphtheritische Erkrankung der angeblich Immunisirten ist sehr häufig eine schwere und hat in vielen Fällen trotz neuerlicher Anwendung grösserer Serummengen zum Tode geführt.

5. Es muss also der Versuch, den Menschen auf künstlichem Wege gegen die Diphtheriekrankheit immun zu machen, wenigstens vorläufig als gescheitert angesehen werden.

Wie wenig geklärt die Ansichten über den Werth der Immunisirung sind, geht schon aus der folgenden Arbeit von Löhr (40) aus der Berliner Charité hervor, der Bezug nimmt auf die obige Studie von Kassowitz und ganz entgegengesetzte Resultate zu verzeichnen hat. Die ungünstigen Lageverhältnisse der Kinderabtheilung brachten es mit sich, dass sowohl auf der inneren, wie auf der Scharlach- und besonders der Masernabtheilung wiederholt Diphtherieinfectionen zur Beobachtung kamen. In Folge dessen wurden seit November 1895 sämmtliche Kinder bei ihrer Aufnahme immunisirt. Im Ganzen wurden 460 Immunisirungen vorgenommen. Es hat sich zweifellos dabei herausgestellt, dass die Diphtherieinfectionen abnahmen; die Erkrankten waren entweder nicht immunisirte oder solche, welche frühestens vor 21 Tagen immunisirt waren. Die Einspritzung ist immer ohne Schädigung verlaufen; als nicht zu vermeidende Nebenerscheinung traten in einer geringen Zahl von Fällen Exantheme auf. — Von Interesse sind die Mittheilungen des Verf.'s über Maserncroup, da gerade in den letzten Jahren die Frage, ob es einen genuinen Maserncroup ohne Diphtherie giebt, wieder vielfach ventilirt worden ist. Von 99 Masernfällen, die sich über einen Zeitraum von 21 Monaten erstrecken und die alle mit Heilserum behandelt wurden, erkrankte kein einziger an Croup. Verf. hält es daher, ohne schon jetzt ein endgültiges Urtheil abzugeben, für geboten, in jedem Falle eines eben beginnenden Maserncroups in ausgiebiger Menge das Heilserum anzuwenden.

Roger (41) führt als Folgen der Heilseruminjectionen folgende Erscheinungen auf: 1. Abscesse. Sie sind nicht dem Heilserum, sondern der Präparation desselben oder mangelhafter Handhabung der Injectionen zuzuschreiben. 2. Exantheme, nach der Häufigkeit ihres Auftretens: Urticaria, scarlatinaähnliche Erytheme, polymorphe Erytheme, masernähnliche Erytheme. Sie sind vorübergehend und dauern 3—6 Tage. 3. Gelenkschmerzen. 4. Störungen des Gesammtbefindens. Hier sind besonders wichtig Temperatursteigerungen und Urinveränderungen. Letztere nach verschiedenen Richtungen. a) Quantität. b) Albuminurie. Selten zu entscheiden, ob eine Folge der Diphtherie oder der Injection. 5. Hämorrhagien (Epistaxis, Uterusblutungen). 6. Blutveränderungen. (Verminderung der Leucocytose).

Tramitz (42) stellt eine Anzahl theils in der Greifswalder Klinik beobachteter, theils in der Literatur beschriebener Arthropathien zusammen und zieht das Facit aus denselben. Am häufigsten unter den Gelenken werden die grossen und zwar hauptsächlich die Kniegelenke befallen, dann die Fussgelenke, schon seltener die Ellbogengelenke, nur sehr vereinzelt das Hüftgelenk und die kleinen Gelenke. Die Arthropathien treten gewöhnlich 10—14 Tage nach der Infection auf und zwar meist während der Reconvalescenz. Die Schmerzen sind spontan vorhanden, vermehren sich aber bedeutend bei activen und passiven Bewegungen. Nach 1—6 Tagen sind die Arthropathien gewöhnlich vollkommen geschwunden, ohne irgend einen Schaden zu hinterlassen. Was die pathologische Anatomie der Gelenkerkrankungen anbetrifft, so ist darüber nichts bekannt, da keine Diphtherie mit diesen Affectionen zur Section gekommen zu sein scheint.

Goodall (43) hat bei 3 Nephritikern, welche von Diphtherie befallen wurden, Heilserum angewandt, ohne irgend welche Einwirkung auf den nephritischen Process zu sehen, der mit dem Heilserum in Zusammenhang zu bringen wäre. Bei einem Falle, in dem die Nephritis schon zum Stillstand gekommen zu sein schien, trat noch einmal eine 5 Tage dauernde Albuminurie auf, um dann vollkommen zu verschwinden.

Bei der Schwester von King (44), einer 37jährigen Dame, traten unmittelbar nach der Seruminjection allgemeine Convulsionen auf. Der Anfall wiederholte sich nicht und nach wenigen Tagen war die Patientin vollkommen gesund. Ob die Convulsionen eine Folge der Injection waren, wagt King nicht zu entscheiden.

Barth (45) bringt aus der Literatur eine Zusammenstellung der bisher beschriebenen Nebenwirkungen des Diphtherie-Heilserum. Er bespricht die Exantheme und Erytheme, die Arthropathien und die Nierenerkrankungen. Was die letzteren anlangt, so ist bis jetzt kein einwandsfreier Beweis erbracht, dass das Serum für sich allein Albuminurie, bezw. Nephritis schaffen könne, obgleich die Möglichkeit nicht in Abrede gestellt wird, da eine zeitweilige toxische Wirkung des Heilserums nicht mehr bezweifelt werden kann. Die Prognose der Serumintoxication im Allgemeinen ist als gut zu bezeichnen, da fast immer die Symptome nach wenigen Tagen ohne nachtheilige Folgen verschwinden.

Hartung (46) widmet den Serumexanthemen 90 Druckseiten. Er unterscheidet Serumurticaria, sprissliche Serumexantheme (scarlatinaähnlich), diffuse Serumexantheme, Masern- bezw. Rötheln-ähnliche und polymorphe Exantheme. Wer sich besonders für die Häufigkeit, den Ort ihres Vorkommens und andere statistische Dinge interessirt, der möge sie im Original nachlesen: die Hauptsache ist, dass auch Hartung die Exantheme für eine harmlose Nebenwirkung des Serum ansieht und ihnen eine günstige Prognose stellt.

Raymond (48) stellt in seiner Klinik einen — übrigens nicht mit Heilserum behandelten — Fall von

postdiphtheritischer Lähmung vor, der an sich nichts Besonderes darbietet, und schliesst daran eine Besprechung dieses Gegenstandes, wobei ebenfalls nur Bekanntes mitgetheilt wird.

Der Fall von Le Filliatre (49) ist merkwürdig wegen der Localisation der Lähmung. Befallen waren nämlich — abgesehen von der zuerst aufgetretenen Schlucklähmung — hauptsächlich die Nackenmuskeln; das Kind liess den Kopf nach vorn auf die Brust hängen und war nicht im Stande, ihn spontan aufwärts zu bewegen, so dass die erste Vermuthung von F. war, es handle sich um eine Cervicalwirbelerkrankung. Dabei war die Sensibilität erhalten, die Reflexe normal. Unter electrischer Behandlung trat ein völliger Rückgang der Lähmung in 33 Tagen ein.

Gutmann (52) suchte an dem Materiale der Schweigger'schen Augenklinik die Frage zu lösen, ob das Heilserum einen Einfluss auf die postdiphtheritischen Accomodationsparesen habe. Er verneint die Frage nach jeder Richtung hin. Weder hinsichtlich des Zeitpunktes des Auftretens der Lähmung nach der Diphtherie, der Dauer der Sehstörungen, des Grades letzterer, noch bezüglich des Vorhandenseins etwaiger Complicationen war es möglich, irgendwie wesentliche Abweichungen von den auch sonst schon gemachten Beobachtungen mit Sicherheit zu constatiren. Vor Allem war ein günstiger Einfluss des Serums in keinem Falle festzustellen.

Gläser (53) wird die Bacteriologie nicht mehr aus der Welt schaffen, einen wie fanatischen Hass er auch gegen Alles hat, was „sich mit Fang und Züchtung von Bacillen beschäftigt". Seine umfangreiche, ungeheuer mühselige und mit einer grossen Reihe von Tabellen versehene Arbeit entbehrt nicht eines gewissen satirischen Humors, der die Lectüre einer solchen an sich trockenen Zahlenarbeit wenigstens verdaulicher macht. Wie colossal das verarbeitete Material ist, geht daraus hervor, dass allein 4500 Krankengeschichten durchgesehen werden mussten. Gläser ist natürlich auch ein Gegner der Serumtherapie. Die günstige Statistik der Serumbehandlung ist falsch; sie wird dadurch so günstig gestaltet, dass die Kinder jetzt in einer früheren Periode der Krankheit zur Behandlung kommen, als vor der Serum-Aera. Maassgebend für die Statistik ist, dass man die Altersstufen mit einander vergleicht; die Mortalität fängt an geringer zu werden mit dem 5. Lebensjahre und sie sinkt rapide vom 10. Jahre an; wer diese Punkte nicht berücksichtigt, kann keine glaubwürdigen statistischen Mittheilungen machen. Auf alle Einzelheiten der G.'schen Arbeit einzugehen, ist hier nicht der Ort; es sollen nur einige Punkte herausgegriffen werden. So berichtet Gläser, dass an Infectionen im Hamburger Krankenhaus in 20 Jahren nur 24 Fälle vorkamen — bei 49000 Aufnahmen gewiss eine geringe Zahl, welche die Berechtigung nach der Frage nach der zwangsweisen Immunisirung gewiss nicht mit Unrecht verneint. Am Schluss giebt Verf. eine Zusammenstellung der mit Erfolg angewendeten Behandlungsmethoden von ihm und anderen Autoren.

Hilbert (56) bespricht in 2 Abschnitten die bacteriologische Diagnose der Diphtherie und die Heilserumbehandlung. Was den ersteren Abschnitt anlangt, so gipfelt derselbe in der Forderung des bacteriologischen Nachweises der Diphtheriebacillen in jedem einzelnen Fall. Der 2. Abschnitt bringt im Wesentlichen eine statistische Durchsicht der Literatur. Seine eigenen Beobachtungen sind gering; er hat während 12 Monaten 63 Diphtheriekranke behandelt, von welchen 40 der Seruminjection unterworfen wurden. Die Schlussfolgerungen des Verf.'s sind: Die Mortalität wird durch die Serumtherapie bedeutend herabgesetzt, der Verlauf des Einzelfalles ist sehr günstig, indem die Temperatur bald zur Norm zurückkehrt, die locale Exsudation still steht oder nach kurzem Fortschreiten schnell zur Ausheilung gelangt, der Process nicht auf den Larynx übergreift, oder, falls dieser bereits afficirt ist, auch hier eine schleunige Wendung zum Besseren erkennen lässt.

Kassowitz (57) wendet sich speciell gegen Paltauf, welcher zu Gunsten des Heilserums angeführt hatte, dass in vielen grösseren Städten Oesterreichs die Zahl der Diphtherietodesfälle seit der Einführung des Heilserums auffallend abgenommen habe und unter diesen Städten auch Triest genannt hatte. K. behauptet nun, dass Paltauf einen grossen statistischen Irrthum begangen habe. Gerade in Triest, wo die Heilserumtherapie mehr als in irgend einer anderen Stadt durchgeführt werde, sei die absolute Diphtheriemortalität in den letzten 2 Jahren bedeutend gestiegen. Die günstige Statistik sei nur dadurch möglich geworden, dass auch hier, wie schon anderwärts, viel mehr leichte Fälle als früher in die Krankenhäuser eingeliefert werden, zur Anmeldung gelangen und in die Statistik einbezogen werden. K. giebt zu, dass die Diphtheriemortalität in einer Reihe von Städten ziemlich bedeutend herabgegangen ist, in anderen Städten sei sie gleich geblieben, in einer 3. Reihe (Triest, Moskau, Petersburg) sei sie gestiegen.

Damit hat aber das Herabgehen der Mortalität in der ersten Reihe von Städten jede Beweiskraft verloren. Denn so wenig als es einen Sinn hätte, aus dem Ansteigen der absoluten Todesziffern in einigen Städten auf eine Vermehrung der Todesfälle in Folge der Serumbehandlung zu schliessen, ebenso wenig ist man mit Rücksicht auf die colossalen Schwankungen, welche die Diphtheriesterblichkeit zu allen Zeiten dargeboten hat, berechtigt, aus der Verminderung der Mortalitätsziffer in anderen Städten einen beweiskräftigen Schluss zu Gunsten des Serums abzuleiten.

Bornemann (59) behandelte in einer Familie 2 Kinder an Diphtherie. Das erste — nicht mit Heilserum behandelte — ging nach der Tracheotomie zu Grunde, das zweite, später erkrankte wurde mit Heilserum behandelt, aber erst, nachdem es laryngostenotische Erscheinungen bekommen hatte und die Eltern sich geweigert hatten, in die Tracheotomie zu willigen. Nach der Einverleibung des Heilserums vergingen noch 30 Stunden, bis eine Besserung eintrat, die aber dann schnell zunahm und zu voller Genesung des Kindes

führte. B. hat die feste Ueberzeugung, dass ohne die Anwendung des Heilserums das Kind zu Grunde gegangen wäre.

Ladányi (60) tritt in entschiedener Weise für die Serumtherapie ein. Man möge Zahlenmaterial anhäufen, so viel wie man will, — die eine Thatsache wird nicht weggeläugnet werden können, dass durch das Serum die Diphtherie gewiss local und allgemein günstig beeinflusst wird.

Gensichen (61) hat wegen einer Rachendiphtherie bei sich selber Heilserum — Behring No. II — angewandt. Die Diphtherie heilte glatt ab. Er litt aber an einem quälenden Durstgefühl, welches viele Wochen anhielt. Nach 3 Wochen begannen sich grosse subcutane Abscesse auf der linken Seite des Körpers von der Injectionsstelle bis zur Achselhöhle zu bilden; nach Abheilung des einen trat immer an einer anderen Stelle ein neuer Abscess auf; erst jetzt — nach einem Jahre — scheint der Process zum Stillstand gekommen zu sein. Verf. ist geneigt, die Schuld an diesem langen Leiden dem Serum zuzuschreiben und stellt ganz ungeheuerliche Behauptungen auf, u. a. sagt er, „er bedauere, dass er den Eiter der rotzbacillenähnlichen Abscesse nicht bacteriologisch untersucht habe, vielleicht hätten sich in demselben Rotzbacillen nachweisen lassen.“ Ja warum hat er das denn nicht gethan, Zeit genug war ja da! Diese Frage richtet in einer Bemerkung zu obigem Aufsatz die Redaction der Berl. klin. Wochenschrift an den Verfasser. Sie spricht ferner die Ueberzeugung aus, dass es sich in dem fraglichen Fall um nichts mehr und nichts weniger gehandelt habe, als einen Abscess, der nach der Injection, wie gelegentlich auch bei Sublimat-, Morphium- etc. Injectionen, aufgetreten ist und sich durch das laisser aller der Behandlung propagirt hat.

In einer nur wenige Zeilen langen Mittheilung erzählt Hoffner (62), dass er bei 6 an Diphtherie erkrankten Kindern Heilserum-Injectionen gemacht habe; 5 wurden gesund, 1 — das jüngste, Alter nicht angegeben — starb $^1/_2$ Stunde nach der Injection. Von einer Section wird nichts erwähnt und Verf. enthält sich jedes Urtheils darüber, ob der Tod eine Folge der Einspritzung war oder nicht.

Strassmann (64) publicirt das Gutachten, welches er in Sachen des vielbesprochenen Falles Langerhans über die Section und die Todesursache des Kindes der Gerichtsbehörde erstattet hat. Die Section ergab ausser einem Oedem der Uvula und Speiseinhalt in den grösseren und mittleren Bronchien nichts Besonderes. Ebenso zeigte das Serum, von dem eine grössere Quantität auch in einem städtischen Krankenhause ohne jeden Nachtheil verabreicht war, keine abnormen Bestandtheile. Nach Ausschliessung von Carbolvergiftung, Luftembolie, reflectorischer Herzlähmung und lymphatischer Constitution spricht Str. die Vermuthung aus, dass der Tod des Kindes durch Erstickung erfolgt sei in Folge von Aspiration erbrochenen Mageninhaltes in die Luftwege. Dass die Aspiration während des Lebens stattgefunden habe und nicht erst — vielleicht durch die künstlichen Athembewegungen — nach dem Tode, dafür spreche ganz besonders die wässerige Schwellung, das Oedem des Zäpfchens.

Gegen diese Auslegung wendet sich Langerhans (63) mit einer ganzen Anzahl von Gründen. Wenn wirklich während des Lebens Mageninhalt aus dem Magen nach oben gekommen und in die Athemwege gelangt wäre, müsste ein Theil der Massen sich auch aus dem Munde nach aussen entleert haben. Unklar bleibe ferner, warum nach der Aspiration der Knabe frei athmen konnte, wie es möglich war, dass er willig und ohne jede Beschwerde einen Löffel Wein herunterschluckte, schliesslich, wie reiner feinblasiger Schaum (Lungenödem) reichlich aus Mund und Nase dringen konnte. Das Oedem der Uvula sei ein sehr häufiger Leichenbefund und er habe nirgends in der Literatur die Anschauung von Strassmann bestätigt gefunden, dass dasselbe pathognomonisch für Erstickung sei. Wenn das Serum, wie die Untersuchung ergeben hat, nicht giftig war, so sei der Tod des Kindes eben durch das normale Serum herbeigeführt worden.

Gottstein (65) stellt in der ersten, referirenden Mittheilung 7 bisher veröffentlichte Serumtodesfälle zusammen. In der zweiten (66) wendet er sich gegen Fränkel, welcher in einem Vortrage in Kiel die ursächliche Bedeutung des Erregers der Diphtherie betont und von diesem Standpunkte aus eine Reihe von Vorschlägen zur Bekämpfung der Diphtherie gemacht hatte. Zwei Punkte werden besonders hervorgehoben. Fränkel hatte gesagt, man solle sich nicht dem Irrthum hingeben, dass die Macht der Diphtherie von selbst zusammenbrechen werde; die Fabel von dem freiwilligen Zurückweichen der Seuche könne vor der Statistik nicht bestehen. G. dagegen führt an, dass die Seuche schon einmal erloschen gewesen, dass sie erst Anfang der fünfziger Jahre von Neuem aufgetreten sei, ihren Höhepunkt in den Jahren 1884—1888 erreicht und seitdem einen jähen Absturz erfahren habe, der nur durch eine kleine Steigerung 1893 und 1895 unterbrochen wurde. Der zweite Punkt ist ein practischer. Fränkel hatte neben der Anzeigepflicht der Aerzte Zwangsdesinfection, Krankenhauszwang und Isolirung der diphtheriegesunden Umgebung in Beobachtungsstationen vorgeschlagen. Würden diese Vorschläge wirklich durchgeführt, so wäre, meint G., die nothwendige Folge die Verarmung eines grossen Theiles wirthschaftlich schwacher Existenzen.

In einer „Erwiderung“ auf obige Ausführungen erkennt Fränkel (67) die Schwierigkeit der Verwirklichung seiner Vorschläge vollkommen an, warnt aber vor einer Ueberschätzung derselben und weist auf eine demnächst erscheinende Publication über die Seuchenprophylaxe in Hildesheim hin. In Bezug auf den ersten Punkt sei die Statistik von Gottstein nicht richtig. In den letzten 8 Jahren ist von irgend einer wesentlichen Verminderung der Diphtheriemortalität nicht die Rede, es handelt sich höchstens um einen Stillstand, um ein Oscilliren um einen mittleren Punkt, wie es bei allen Infectionskrankheiten häufig genug beobachtet worden ist.

Paltauf (68) tritt den aus dem „Falle Langer

hans" von einigen Seiten gezogenen Schlussfolgerungen entgegen. „Bloss aus der Thatsache des plötzlichen Todes nach der Injection auf einen ursächlichen Zusammenhang beider zu schliessen, ist an sich unstatthaft; es giebt auch nicht eine Thatsache, die von der Giftigkeit des Serums in diesem Sinne zeuge, wohl aber wissen wir, dass es so und so viele plötzliche Todesfälle bei Kindern und Erwachsenen giebt, bei denen die Obduction sehr geringe, den plötzlichen Tod nicht erklärende Veränderungen aufweist; nur die Erfahrung lehrt, dass gerade diese an sich unbedeutenden Veränderungen sich verhältnissmässig häufig bei plötzlich Verstorbenen finden." Verf. weist hier speciell auf die anormale Körperconstitution lymphatisch-chlorotischer Natur hin.

Fitzpatrick (70) hält es nicht für ausgeschlossen, dass die Präparation des Serum mit Carbolsäure an dem traurigen Ende des Kindes Langerhans Schuld gewesen ist. Auf Carbolsäure reagiren Menschen ganz verschieden und über die Minimaldosis, die ohne Schaden vertragen wird, ist nichts Sicheres bekannt.

[Nowak (72) hat in 16 Diphtherie- resp. Angina-necrotica-Fällen histologische Untersuchungen der Rachenschleimhaut, der Tonsillen und der Larynx- und Trachealwand angestellt. Es galt die Beziehungen der Bacterien zu den Geweben festzustellen. Der Werth solcher histologischen Untersuchungen ist, wie Verf. richtig bemerkt, nicht zu überschätzen, da eine solche Untersuchung lediglich nur über die morphologischen Eigenschaften der Bacterien Aufschluss giebt. In allen untersuchten Fällen war die bacteriologische Untersuchung noch bei Lebzeiten ausgeführt und die Diagnose genau festgestellt. Das Leichenmaterial war möglichst frisch genommen (2—3 Stunden nach dem Tode). Es wurden über 1000 Präparate untersucht. Ausser den Diphtheriebacillen, den Strepto- und Staphylococcen fand Verf. andere Microorganismen nur in äusserst spärlicher Zahl.

Die Bacterien waren überhaupt nur an solchen Stellen zu finden, wo die Schleimhaut erkrankt war; bei erhaltener Epithellage waren entweder gar keine oder höchstens vereinzelte an der Oberfläche des Epithels haftende Bacterien zu finden.

In zwei Fällen, welche klinisch als „Angina necrotica postscarlatinosa" diagnosticirt wurden, fand Verf. lauter Streptococcen, welche nicht nur in den Pseudomembranen und auf der Oberfläche der Schleimhaut, sondern auch im Gewebe selbst, sogar in den tiefsten Lagen und in der oberflächlichen Muskelschicht des Rachens lagen. In einem dieser Fälle gelang es, die Streptococcen aus dem Herzblute und aus der Milzpulpa zu züchten. In drei anderen Fällen, in denen bei Lebzeiten die Diagnose auf Streptococcen-Angina gestellt wurde, fand Verf. ausser den Streptococcen auch stellenweise sogar an Zahl überwiegende Diphtheriebacillen. In drei weiteren Fällen waren lediglich Streptococcen zu finden, gegenüber der klinischen und bacteriologischen Diagnose der specifischen Diphtherieerkrankung. In sehr vielen Fällen fand Verf. constant neben den Diphtheriebacillen auch Streptococcen. Die Diphtheriebacillen lagen in solchen Fällen immer in den oberflächlichen Schichten der Pseudomembranen resp. der ulcerirten Schleimhaut. Die Zahl der Streptococcen nahm dagegen gewöhnlich mit der Tiefe zu. Verf. glaubt auf Grund seiner Untersuchungen behaupten zu können, dass bei der „specifischen" Diphtherieerkrankung den Diphtheriebacillen und den Streptococcen eine ätiologische Bedeutung beizumessen ist. Die Rachendiphtherie und Larynxcroup müssen als eine locale Mischinfection gelten. Es bleibt dahingestellt, welcher von beiden Microorganismen die primäre Ursache der Krankheit ist. Verf. kann auf Grund seiner Untersuchungen nicht entscheiden, ob dieser oder jener zuerst auf der Oberfläche der Schleimhaut seine deletäre Wirkung auszuüben beginnt, oder aber ob beide gleichzeitig das Gewebe angreifen. Wahrscheinlicherweise jedoch fällt dem Streptococcus im ganzen Krankheitsprocesse, wenigstens in den tödtlichen Fällen, eine verhängnissvolle Rolle zu. Diese Behauptung fusst auf der Thatsache, dass es dem Verf. gelang, in 21 von 22 tödtlichen Diphtheriefällen die Gegenwart des Streptococcus im Blute nachzuweisen. Diese Erscheinung lässt sich durch die in der vorliegenden Arbeit nachgewiesene Tendenz des Streptococcus, in die Tiefe der erkrankten Gewebe einzudringen, ungezwungen erklären. **Ciechanowski** (Krakau).]

[Madsen (73) hat seine Untersuchungen im medicinisch-bacteriologischen Laboratorium der Universität Kopenhagen gemacht. Erstens bespricht Verf. die Schwierigkeiten, welche sich einer regelmässigen Production von Diphtherietoxin entgegenstellen. Verf., der mit einer aus dem Institut Pasteur bezogenen, sehr toxicogenen Bacillenart arbeitete, fand, dass die Culturen sich in sehr verschiedener Weise entwickelten; bisweilen waren die Culturen von saurer Reaction und atoxisch, bisweilen alkalisch und konnten in einigen Fällen toxisch, in anderen atoxisch sein. Die im Institut Pasteur angewandte Ueberleitung von Luft kann diese Variationen nicht verhindern und ihre Ursachen sind noch unbekannt. Da saure Culturen immer ungiftig sind, hat Verf. durch Zusatz von kohlensaurem Kalk die Culturen alkalisch erhalten und dadurch grössere Constanz der Resultate erreicht. Das Diphtheriegift kann mittelst Ammoniumsulfat gefällt werden. Um die Kraft des Diphtherieserums zu bestimmen, giebt Verf. der von Behring und Ehrlich angegebenen Methode den Vorzug und berichtet ausführlich über die zahlreichen Versuche, die er ausgeführt hat, um diese Methode mit der französischen zu vergleichen.

Verf. hat die werthvolle Beobachtung gemacht, dass man bei Anwendung von Toxinen von verschiedener Provenienz zur Schätzung der Schutzkraft des Serums nicht dasselbe Resultat erhält, wie genau die letale Minimaldosis der Toxine auch bestimmt sei; ein Serum, das in einem Laboratorium als 100fach bestimmt ist, wird in einem anderen, wo das Toxin ein anderes ist, vielleicht nur als 30fach zu bestimmen sein. Um diesem Uebelstand vorzubeugen, schlägt Verf. vor, die Stärke des Toxines in indirecter Weise durch Vergleich mit einem Serum von gekannter Kraft zu bestimmen. Wenn ein Meerschweinchen eine Injection von 0,001 ccm von

100fach Serum-Höchst erhält, ist es ja gegen die 10mal letale Minimaldosis von Ehrlich's Toxin geschützt.

Werden 10 oder 20 Meerschweinchen in der Weise behandelt, dass jedes Thier 0,001 des Serum und eine abgemessene und variirende Menge des Toxines erhält, so wird es möglich sein, eine Toxindosis zu finden, die genau die Toxinmenge äquivalirt, mit welcher die Schutzkraft des Serum-Höchst geprüft worden ist.

Das im dänischen Laboratorium erzeugte Serum ist bedeutend kräftiger als das französische, das oft nur einen Antitoxingehalt von $^1/_3$—$^1/_4$ des auf der Etikette angegebenen Gehaltes hat.

Endlich giebt Verf. eine Beschreibung der diphtherischen Paresen bei Meerschweinchen und einen Bericht über diphtherische Parese bei einem Pferde.

Faber (74). Gewöhnlich werden die Diphtheriebacillen im Rachen der Patienten während der Reconvalescenz nach und nach weniger zahlreich; mit dem Eintreten einer neuen Krankheit, besonders mit dem Auftreten der Scarlatina-Angina verschwanden oftmals die Diphtheriebacillen plötzlich. Da Diphtherie thatsächlich Scarlatina compliciren kann, ist ein Antagonismus der Diphtheriebacillen mit dem Scarlatinaerreger nicht denkbar, wahrscheinlicher ist ein solcher Antagonismus zu den Microben, die oft die Scarlatinainvasion begleiten, besonders zu den Streptococcen.

F. Levison (Kopenhagen).

Die von Gluzinski (75) mit dem wässerigen Extracte aus den Organen von Kaninchen, denen zuvor diphtheritisches Virus eingeimpft worden war, durch Injection in's Blut anderer Kaninchen vorgenommenen Versuche ergaben ein negatives Resultat. Dieselben Versuche mit dem defibrinirten Blute oder dem Blutserum hatten dann nur ein positives Resultat, wenn diese Stoffe den ersteren Thieren erst längere Zeit (30—40 Stunden) nach Impfung derselben mit dem Diphtherietoxine entnommen wurden. Diese Ergebnisse bestätigen die auf Gruud anderer Experimente ausgesprochene Vermuthung, dasss sich unter dem Einflusse des diphtheritischen Virus im Organismus gewisse Substanzen entwickeln, denen die bei der Diphtherieintoxication vor dem Exitus auftretenden letzten Symptome und insbesondere die Veränderungen im Circulationsapparat zugeschrieben werden müssen.

In Koral's (76) Fall trat nach 2 maliger Injection zuerst ein scharlachähnliches Exanthem und dann ein mit hohem Fieber verbundener Gelenkrheumatismus auf. Letaler Ausgang.

Die von Slapa (140) an 258 Kindern gemachten Beobachtungen liessen eine Abnahme der Mortalität um 28 pCt. constatiren. Sie betrug bei der Serotherapie nur 24,2 pCt. Die Wirkung des Serums manifestirte sich hauptsächlich durch einen Stillstand des Processes. Von Nebenwirkungen wurden nur Exantheme und Gelenkaffectionen beobachtet. **Spira** (Krakau).

Lidmanowski (139) beobachtete 18 mit Heilserum behandelte Diphtherie-Fälle und machte hierbei folgende Bemerkungen: 1. In keinem der genannten Fälle bildete sich ein Ausschlag. 2. In der Mehrzahl der Fälle stieg die Temperatur in 5—6 Stunden nach der Serumeinspritzung um 1—2°; in 7—9 Stunden folgte dann der Abfall, meist kritisch. 3. Albuminurie konnte in den Krankheitsfällen, in denen sie überhaupt nicht vorhanden war, auch nach den Einspritzungen nicht nachgewiesen werden, ausgenommen, wenn die Temperatur 38,5° überstieg; in diesen letzteren Fällen war nach den Einspritzungen immer Albuminurie vorhanden. **Rafael Landau** (Krakau).

In den weiteren von Pulawski (138) behandelten und mitgetheilten 8 Fällen war die Wirkung eine rasche, der Erfolg günstig, keine ungünstige Nebenwirkung. Im Ganzen behandelte Verfasser 19 Fälle von Diphtheritis mit Heilserum und zwar: 5 Fälle von Laryngitis, 3 Angina, 11 Angina c. Laryngitide. Nur 1 mal trat ein Exanthem auf, hingegen wurden nie unangenehme Nebenwirkungen beobachtet.

Drecki (137) ein warmer Anhänger der Seruminjection, stellt folgende Postulate. 1. Sämmtliche Bezirks-, Stadt- und Spitalsärzte sollten für möglichst extensive Anwendung dieses Mittels Sorge tragen. 2. Eine entsprechende Spritze zur subcutanen Injection dieses Serums sollte sich in den Händen eines jeden Arztes befinden. 3. Das Serum selbst darf in keiner Apotheke fehlen. **Spira** (Krakau).

Dróbnik (136) hat binnen $5^1/_2$ Jahren 176 Tracheotomien wegen Croup mit 87 pCt. Mortalität ausgeführt. Die Operation wurde wiederholt in sehr schweren und complicirten Fällen gemacht. In den letzten 2 Jahren wurde die Tracheotomie mit Seruminjection combinirt, und obwohl in dieser Zeit die Mortalität abgenommen hat, so ist Verf. doch geneigt das Verdienst nicht der Seruminjection, sondern viel eher der Benignität der Epidemie zuzuerkennen. Bei schweren septischen Formen von Diphtherie und Croup erwies sich das Serum wirkungslos. Auch kam Verf. nie in die Lage constatiren zu können, dass das Fortschreiten des diphtheritischen Processes bezw. sein Uebergreifen auf den Kehlkopf durch das Serum verhindert worden wäre. Auch die erleichterte Expectoration von croupösen Membranen nach Seruminjection erscheint ihm sehr problematisch. Seiner Ansicht nach beschränkt sich die Indication zur Anwendung des Serums bloss auf den rein practischen Umstand, um dem Vorwurfe von Seiten der Angehörigen zu entgehen, dass der Arzt nicht eben Alles zur Rettung des Kindes versucht hat.

Trzebicky (Krakau).

Alkiewicz (134) behandelte 20 diphtheritisch kranke Kinder mit Behring'schem Serum, alle mit raschem und günstigem Erfolge.

In den 28 vom Karpuscinski (133) mit Behring-schem und Aronson'schem Serum behandelten Fällen war der Erfolg besonders bei den Larynxaffectionen günstig, ohne dass Verf. jedoch daraus definitive Schlüsse bezüglich der Wirksamkeit dieses Mittels ziehen möchte.

Spira (Krakau).]

Typhus abdominalis.

Lovett-Morse, John, Typhoid fever in childhood, with an analysis of two hundred and eightyfour cases. Boston med. and surg. journ. No. 9.

Auf Grund von 284 Fällen kommt Morse zu folgenden Anschauungen: Typhus kommt selten bei Kindern unter 2 Jahren vor, darüber hinaus dagegen sehr häufig. Die Mortalität der Fälle ist halb so gross, wie bei Erwachsenen. Der Verlauf ist kürzer und weniger schwer, als bei Erwachsenen, was ebenso wie die geringe Mortalität auf der geringen Intensität der intestinalen Läsionen beruht. Die durchschnittliche Dauer des Fiebers ist etwas geringer wie 3 Wochen. Die Temperaturcurve ist weniger typisch wie bei Erwachsenen. Das remittirende 2. Stadium fehlt bei mehr als 50 pCt. der Fälle unter 10 Jahren und bei 40 pCt. derer zwischen 10 und 15 Jahren. Recidive sind beinahe ebenso häufig bei Kindern, wie bei Erwachsenen und zeigen denselben Verlauf. Erbrechen ist ein gewöhnliches Anfangssymptom und ist nicht selten während des Verlaufs der Krankheit. Verstopfung ist häufiger, als Diarrhoe, besonders bei jüngeren Kindern. Haemorrhagie ist selten unter 10 Jahren. Sie führt etwa in der Hälfte der Fälle zum Tode. Perforation ist ausserordentlich ungewöhnlich. Roseola kommt in 60 bis 70 pCt. aller Fälle vor, Milzvergrösserung in 80—90 pCt., Bronchitis in 40 pCt. Zuweilen kann diese die abdominalen Symptome verdecken, besonders bei jüngeren Kindern. Deutliche nervöse Symptome kommen in wenigstens 25 pCt. der Fälle vor und sind gleich häufig in allen Altersstufen. Nächtliches Aufschreien ist häufig, besonders bei jungen Kindern. Meningeale Symptome sind nicht selten. Albuminurie ist häufig, dagegen kommen nur sehr selten ernste Complicationen von Seiten der Nieren vor.

Parotitis.

1) Steiner, Ferd., Mumps mit Facialislähmung und Parotisvereiterung. Wien. med. Bl. No. 22, 23. — 2) Derselbe, Orchitis parotidea im Säuglingsalter. Ebendas. No. 25—27.

Steiner (1) beobachtete bei einem Mädchen doppelseitige Parotitis; die zuletzt erkrankte linke Gesichtshälfte zeigt anfangs Parese, später totale Lähmung des N. facialis, eine seltene und bisher noch nicht publicirte Complication des Mumps. Mit dem Auftreten der Lähmung ging ein zunehmendes Oedem der Wange einher, dem Abscedirung folgte. Nach wiederholter Incision heilten die Wunden langsam, die Motilität im Bereiche des Gesichtsnerven kehrte nach $2^1/_2$ Monaten zuerst im Orbicularis oculi zurück und war nach vier Monaten wieder völlig hergestellt. — Die Vermuthung, dass die Lähmung durch Zerstörung des Nerven in Folge der Eiterung veranlasst sei, wird durch den günstigen Ausgang unhaltbar. Es kann daher nur eine Drucklähmung oder Neuritis vorliegen. Die Eiterbildung selbst hält Steiner für etwas Secundäres und setzt sie auf Rechnung accidenteller Stomatitis.

Derselbe (2) hat einen Fall von Hodenmumps bei einem Säugling beobachtet. In diesem Alter ist Orchitis noch nie beschrieben, es liegt also der erste derartige Fall vor. Interessant ist ausserdem die Entstehungsgeschichte. Der Vater des Kindes hatte Orchitis, darauf erkrankte die Mutter an Parotitis und schliesslich das Kind. Die Orchitis war hier sowohl beim Vater wie beim Kinde die primäre Erkrankung.

Malaria.

1) Feuchtwanger, A., Die Behandlung der Malaria im Kindesalter. Therap. Monatsh. Aug.

Feuchtwanger (1) legt die in einer 5jährigen Thätigkeit in Palästina gesammelten Kenntnisse nieder. Er wandte hauptsächlich Chinin. bisulfuricum an. Es wird dieses Salz vom kindlichen Magen viel besser vertragen, als das einfache Chin. sulfur., er gab so viele Decigramm (bezw. Centigramm), wie das Kind Jahre (bezw. Monate) zählte, 3 mal täglich. Bei ganz jungen Kindern (8 Tage bis 2 Monate) liess er oft mit gutem Erfolge eine Salbe von Chin. sulf. 2,0 auf Adeps suil. 40,0 mehrere Male des Tages in die Achselhöhlen und beide Leistengegenden einreiben. Bei trostlosen Fällen von Malariacachexie hat er noch manchmal Erfolg gesehen von einer methodischen Arsenikcur. Er gab z. B. einem 3jähr. Kinde Liqu. kal. arsenicos. 2,0, Tinct. ferr. pomat. 8,0. MDS. 3 mal täglich 5 Tropfen; liess täglich 1 Tropfen steigen bis 15 und ging dann langsam bis auf 5 zurück, um eventuell dieselbe Procedur nochmals vorzunehmen.

Drüsenfieber.

1) Hesse, B., Zur Casuistik des Pfeiffer'schen Drüsenfiebers. Jahrb. f. Kinderheilk. XLII. 1. — 2) Bellotti, M., Febbre glandolare. Raccoglitore. 30. IV. — 3) Gourichon, La fièvre ganglionnaire. Gaz. hebd. de méd. et chir. 5. I.

Hesse (1) hatte Gelegenheit eine kleine Familienendemie von Drüsenfieber zu beobachten, wo die drei Kinder einer Familie an Drüsenfieber erkrankten. Der Beginn war ein plötzlicher, ohne Vorboten, mit Fieber, zum Theil mit Erbrechen; am selben oder am nächsten Tage waren die Drüsen an der einen Seite des Halses geschwollen und schmerzhaft. Das Fieber fiel in 3 bis 4 Tagen zur Norm ab oder zeigte bei Befallenwerden einer anderen Drüsengruppe wieder einen plötzlichen Anstieg, um dann abermals in 1—2 Tagen zur Norm abzufallen. Eine Ursache für die Erkrankung war bei keinem der 3 Kinder aufzufinden. Die Drüsenschwellung am Halse unterschied sich von derjenigen bei Angina, Diphtherie u. s. w. insofern, als nicht die Kieferwinkeldrüsen hauptsächlich ergriffen waren, sondern auch diejenigen dicht am hinteren Rande des Sternocleidomastoideus und die unter demselben gelegenen; daneben waren auch die Nackendrüsen befallen. Im Rachen keine Beläge, sondern nur geringfügige Röthung. — Bemerkenswerth und darauf hinweisend, dass es sich beim Drüsenfieber um eine Infectionskrankheit handle, ist, dass sich bei allen drei Kindern an die primäre Erkrankung eine z. Th. schwere hämorrhagische Nephritis anschloss.

Gourichon's (3) Dissertation enthält nichts Neues oder Eigenes. Er berichtet nur an der Hand der Literatur über Aetiologie, Symptomatologie, Diagnose und Therapie des Drüsenfiebers.

B. Constitutionskrankheiten.

Rachitis.

1) Mey, Ed., Eine Studie über das Verhalten der Rachitis in Riga. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. XLII. H. 2. — 2) Sterling, S., Die Rachitis. Arch. f. Heilk. XX. 2. — 3) Heubner, Ueber einige Versuche der Anwendung des Schilddrüsensaftes bei Rachitis. Berl. klin. Woch. 31. — 4) Gibert, Du rachitisme tardif. Montpellier méd. 23. — 5) Cantley, Edm., Recrudescent of late Rickets. Brit. med. Journ. — 6) Hartcop, Fr., Zur Phosphor-Behandlung. Münchn. med. Woch. No. 17.

Mey (1) berichtet über das Verhalten der Rachitis in Riga; dieselbe ist dort weit verbreitet und fast 90 pCt. aller Kinder sind von ihr befallen. Zumal wenn die rauhe Jahreszeit die Kinder nöthigt viel im Zimmer zu sein, steigert sich die Zahl der Erkrankten. Er fasst daher die schlechte Luft als ein Hauptmoment unter den vielen, die die Rachitis erzeugen, auf.

Sterling (2) liefert in der Form eines — allerdings sehr umfangreichen — klinischen Vortrags ein vollkommenes Bild der Rachitis und der Forschungen über dieselbe aus den letzten Jahren mit genauem Literaturverzeichniss. Als Schüler von Kassowitz bricht er am Schlusse seiner Abhandlung eine Lanze für die Phosphor-Therapie.

Heubner (3) ist zu seinen Versuchen angeregt worden durch eine Aufforderung aus der Kocher'schen Klinik, man möge doch die Thyreoidinbehandlung einmal bei der Rachitis versuchen wegen der Beziehungen, welche die Schilddrüse zu dem Knochenwachsthum habe. Bei der Cachexia strumipriva sollen zuweilen auch bei jungen Individuen Veränderungen im Knochenwachsthum eintreten. Weiter kämen die eigenthümlichen Beziehungen der fötalen Rachitis zum Cretinismus in Betracht. H. hat an 4 Kindern mehrmonatliche Versuche mit Thyreoidin gemacht; es scheint ihm, als ob die Thyreoidinbehandlung im Allgemeinen die Widerstandsfähigkeit des Organismus etwas erhöht. Auch scheint das Körpergewicht erheblicher und anhaltender zugenommen zu haben, als bei der bisherigen Behandlung. Eine Beeinflussung aber in dem Sinne, wie sie H. gehofft hatte, nämlich eine raschere Besserung der Knochen, scheint nicht einzutreten.

Nach Besprechung der in der Literatur selten verzeichneten Fälle von in den späteren Kinderjahren auftretender resp. wieder auftretender florider Rachitis berichtet Cantley (5) folgenden, ein 11jähr. Mädchen betreffenden Fall: Seit 8 Tagen Appetitlosigkeit, zunehmende Körperschwäche. Seit dem 4. Jahre soll das Kind nicht mehr ordentlich haben gehen können, in letzter Zeit ist es nicht mehr im Stande zu stehen. Status: Anämisches Kind. Asymmetrie des Schädels. Thorax seitlich abgeflacht. Rosenkranz. Prominirende Anguli costarum. Schlaffe Musculatur. Vergrösserte Leber und Milz. Krummer Rücken. Erhebliche Verkrümmungen der Claviculae und Extremitäten. Geistige Entwicklung ein wenig zurückgeblieben. — Nach viermonatlicher Behandlung bedeutende Besserung.

Hartcop (6) ist überzeugt von der heilenden Wirkung des Phosphor bei Rachitis. Es werden selbst in den schwersten Fällen von Rachitis nicht nur die Veränderungen an den Knochen, sondern auch die Complicationen günstig beeinflusst, ein rascher Nachlass der nervösen Reizerscheinungen herbeigeführt und bei geistig zurückgebliebenen Kindern, ja sogar bei beginnender Verblödung die Intelligenz ganz auffallend gebessert. Die Misserfolge, über welche von anderer Seite bei der Phosphorbehandlung berichtet wurde, beruhen nach H. auf der ungenügenden Beobachtung des Zustandes des Magens und Verwendung zu geringer Dosen. Die Höhe der von H. verordneten Tagesdosen stimmt im Wesentlichen mit der von Kassowitz angegebenen überein. Im Ganzen sind 10 Flaschen à 100 g Flüssigkeit, in schweren Fällen selbst 15—20 zu verbrauchen; über 20 Flaschen hinauszugehen, ist weniger rathsam, als bei nicht völlig geheilten Fällen nach 1—2 Jahren eine Nachcur von 10 Flaschen vorzunehmen.

Hämorrhagische Diathese.

1) Liebe, G. (Geithain), Fall von Barlow'scher Krankheit. Münch. med. Wochenschr. No. 2. — 2) Pinner, Fritz, Beitrag zur Barlow'schen Krankheit. Deutsche med. Wochenschr. No. 34. — 3) Meyer, Ed., Ueber Barlow'sche Kranheit. Arch. f. Kinderheilk. XX. 3—4. — 4) Naef (Zürich), Fall von Barlow'scher Krankheit. Schweizer Corresp.-Bl. 12. — 5) Schliep (Stettin), Ein weiterer Fall von Morbus Barlowii. Therap. Monatsh. Jan. — 6) Mc Clanahan, H. M., Infantile scorbutus. Med. record. Oct. 3. — 7) Townsend, Ch. W., Scurvy in infants: A report of twelve cases. Boston. journ. No. 21. — 8) Fisch, Cheney, Scurvy in infants, with report of a case. Med. news. Febr. 25. — 9) Müller, E., Zur Kenntniss der acuten Leukämie im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk. XVII. — 10) Berggrün, E., Ein Fall von hämorrhagischer Diathese mit Hirnblutung. Arch. f. Kinderheilk. XXI. 1—3. — 11) Steffen, W., Hämatorhachis und Hämatomyelie bei Purpura mit Sectionsbefund. Jahrb. für Kinderheilk. XLII. Heft 2. (Sectionsbericht zu einer bereits früher mitgetheilten Krankengeschichte.)

Liebe (1) beobachtete einen Fall von Barlow'scher Krankheit, der mit scharlachähnlichen Flecken auf der Streckseite der Unterschenkel, auf den Nates und der Beugeseite der Oberarme begann. Es bildeten sich dann Knötchen, ähnlich beginnender Furunculosis, einzelne mit blauem Schein. Die betroffenen Extremitäten waren im toto geschwollen und schmerzhaft.

Pinner (2) hat 3 Fälle, Ed. Meyer (3) 4 Fälle von Barlow'scher Krankheit beschrieben: der Verlauf derselben bietet nichts Besonderes. Bei Meyer's Fällen wäre nur bemerkenswerth, dass die betreffenden Kinder mit Rieth'scher Albumosemilch ernährt worden sind.

Der von Naef (4) beschriebene Fall scheint die erste derartige Veröffentlichung schweizerischen Ursprunges zu sein. Es handelt sich um ein $1^1/_2$jähriges Kind, das mit sterilisirter Kuhmilch, die mit Aleuronat- und Maltoleguminosenmehl vermischt war, aufgezogen wurde. Der Fall ist wegen seiner Prodromalerscheinungen bemerkenswerth. 7 Tage vor dem Beginn der typischen Symptome stellten sich unter Fieber- und Schmerzensäusserungen Knoten und Bläschen auf der Streckseite des linken Unterschenkels und an circum-

scripter Stelle des Thorax ein, die an Herpes erinnerten und mit Auftreten der periostalen Blutungen bereits abgeheilt waren. — Krankheitsverlauf und Therapie bisher nichts Besonderes.

Auch die folgenden 3 Arbeiten enthalten nur Casuistik oder, wie diejenige von Mc Clanahan eine Beschreibung des hinlänglich bekannten Krankheitsbildes.

Müller's (9) drei Krankheitsfälle von acuter Leukämie boten ein übereinstimmendes Bild des klinischen Verlaufes und der Blutbefunde dar. Nach einem mehr oder weniger stark ausgeprägten Unwohlsein von mehreren Tagen oder Wochen, während welcher sich die Kinder auffallend müde und schläfrig gezeigt und über Schmerzen in den Gliedern geklagt hatten, traten am Körper und besonders am Hals unter Fiebererscheinungen Drüsenschwellungen auf und bald darauf zeigten sich regellos ausgebreitet blaue bis blauschwarze Flecken; die Hämorrhagien der Haut nahmen an Zahl und Ausdehnung zu und bildeten, z. Th. sich in die Tiefe, in das Unterhautzellgewebe fortsetzend, dicke feste Knoten von Haselnuss- bis Wallnussgrösse.

Blutungen aus Nase und Mundhöhle, welche meist ihren Ursprung im Magen hatten und blutige stinkende Entleerungen brachten die Kinder zu immer bedenklicherer Schwäche und Prostration. Die Temperatur schwankte zwischen 38,0 und 40,0° C. Nachdem dieser Zustand schwerster Erkrankung wenige Tage angehalten hatte, trat unter zunehmender Somnolenz, meist unter Krämpfen, der Tod ein. Was die Zeitdauer der Krankheitsverläufe anbetrifft, so betrug dieselbe in maximo bei Fall I 4½ Woche, bei Fall II 4 Wochen, bei Fall III 13 Wochen. — In gleicher Weise übereinstimmend war der Blutbefund. In allen drei Fällen fanden sich in überwiegender, Ausschlag gebender Mehrzahl jene bereits von Fränkel und anderen Autoren beschriebenen weissen Zellen mit grossen, meist runden, zum kleineren Theil gelappten, Chromatinarmen, bläschenförmigen Kernen, meist schmalen, matt rosa gefärbten Protoplasmasäumen, Formen, wie sie das normale Blut in zum mindesten ähnlicher Gestalt als mononucleäre Leucocyten in spärlicher Anzahl, jedoch völlig zurücktretend gegenüber den das Blutbild beherrschenden polynucleären Zellen zeigt.

Berggrün (10) giebt die Krankengeschichte eines 9jährigen Mädchens, welches hochgradig benommen, mit aufgetriebenem, sehr schmerzhaftem Abdomen, kleinem aussetzenden Puls ins Spital gebracht wurde. Hier stellten sich schwere tonische und clonische Krämpfe ein und profuse Blutungen aus der Vagina und bei der Stuhlentleerung. Nach vorübergehender Besserung Temperatursteigerung bis 40,0°, Hirnblutung. Linksseitige Extremitäten- und Facialislähmung. Nach 24 Stunden konnte das Mädchen ganz leichte Bewegungen mit dem Beine machen, wogegen der Arm unbeweglich blieb. Blutbefund ergab eine schwere Anämie mit zahlreichen Degenerationsformen der rothen Blutkörperchen; Cornil'sche Markzellen. — Nach 8 wöchentlichem Aufenthalt verliess das Kind das Spital; Blutungen haben sich nicht wiederholt; die Facialisparese unverändert, die Beweglichkeit der oberen Extremität noch immer eingeschränkt, aber das Allgemeinbefinden hatte sich merklich gehoben und die Blutbeschaffenheit war zur Norm zurückgekehrt.

Diabetes mellitus.

1) Bell, W. B., Diabetes mellitus in early infancy. Edinbourg Journal. Febr. — 2) Sterling, Diabetes bei einem 7jährigen Kinde. Przeglad lekarski. No. 24.

Bell (1) giebt die — leider ziemlich unvollkommene — Krankengeschichte eines 3 monatlichen Brustkindes, welches grosse Mengen Zucker — genauere Angaben sind nicht gemacht — im Urin hatte. Das Kind war erblich nicht belastet und wurde von seiner durchaus gesunden Mutter genährt, hatte selbst auch gesunde Organe. Die Verordnung bestand in einer Regelung der Diät der Mutter, die vordem besonders viel Kartoffeln gegessen hatte. Das Kind ging 8 Tage nach Beginn der Beobachtung — wahrscheinlich an Coma diabeticum — zu Grunde. Genauere Sectionsmittheilungen fehlen. Es wird nur erwähnt, dass in der Blase zuckerhaltiger Urin war. Das Gehirn wurde nicht secirt.

[Sterling's (2) Fall betrifft ein 8jähriges Kind, bei dem der Beginn der Krankheit auf das 5. Lebensjahr nach Diphtheritis entstanden zurückzudatiren ist. Tod im Coma diabeticum. **Spira** (Krakau).]

Diabetes insipidus.

Eichhorn, G., Ueber Diabetes insipidus im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk. XLII. 1.

Eichorn giebt die Krankengeschichte eines neuropathisch belasteten 10jährigen Knaben, der an Diabetes insipidus litt und grosse Mengen Urins (über 7 Liter) täglich entleerte. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt in der sorgfältigen Zusammenstellung der bisher über Diabetes insipidus publicirten Literatur. Er zieht am Schluss das Facit aus diesen Krankengeschichten, indem er einen Ueberblick über die Aetiologie, Symptomatologie, Prognose und Therapie der Erkrankung giebt.

2. Krankheiten des Nervensystems.

1) Berggrün, E., Hydrocephalus chronicus. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 20. — 2) v. Bremer, Ein Beitr. zur Casuistik des chronischen Hydrocephalus. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 51. — 3) Davidsohn, E., Ueber eitrige Meningitis bei Säuglingen. Inaug.-Dissert. Berl. 1895. — 4) Baginsky, A., Schädelfractur. Deutsche med. Wochenschr. No. 32. — 5) Ireland, Observations on mental affections in children. Edinb. Journ. Dec. 1895. — 6) Dickinson and Russel Wells, On cerebellar softening in infants, with clinical and pathological details of a case. Lancet. Aug. 22. — 7) Ganghofner, Weitere Mittheilungen über cerebrale spastische Lähmungen im Kindesalter. Zeitschrift für Heilkunde XVII. — 8) Radtke, Ein seltener Fall von spinaler Kinderlähmung. Inaug.-Dissert. Greifswald 1895. — 9) Bourneville et Tissier, Idiotie symptomatique de méningo-encéphalite; Rein unique: persistance du trou de Botal; Cryptorchidie double; Progrès méd. 28. Mars. — 10) Bourneville et Mettetal, Idiotie symptomatique d'atrophie cérébrale;

pachymeningite: kyste de la dure-mère. Ibid. 19. Sept. — 11) Bourneville et Noir, Idiotie: Monstruosité physique et morale; acrocéphalie; cécité complète; surdité incomplète; Epilepsie; obésité. Ibid. No. 28. — 12) Ireland, Classification of idiocy. Edinb. med. Journ. — 13) Kranss, W. C., Tetany, with report of five cases. Med. Record. Jan. 11. — 14) Langger, Ein Fall von Tetanie im Kindesalter. Schweiz. Correspondbl. No. 14. — 15) Hauser, Ueber Tetanie der Kinder. Berlin. klin. Wochenschr. No. 35. — 16) Kalischer, S., Ueber Tetanie im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 52. — 17) Steiner, F., Morbus Basedow. im Kindesalter. — 18) Heubner, Flechsig's Cur gegen Epilepsie. Berl. klin. Wochenschr. No. 31. — 19) Kissel, A., Ein Fall von schwerer Anorexie (Anorexia nervosa) bei einem 11 jähr. Mädchen. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 20. — 20) Zuppinger, Casuistischer Beitrag zur Kenntniss des hysterischen Mutismus bei Kindern. Wien. klin. Wochenschr. No. 35. — 21) Coults, J. A., Night-Terrors. Amer. Journ. of med. sc. Febr. — 22) Shuttleworth, G. E., Mental overstrain on education. Lancet. Aug. 22.

Berggrün (1) giebt die Krankengeschichte eines Kindes von 12 Monaten mit Hydrocephalus, welches mit mehrfachen Punctionen und Druckverband behandelt worden und unter Convulsionen zu Grunde gegangen war.

Eine gleiche casuistische Mittheilung publicirt v. Bremer (2). Das Kind war 2 Jahre alt, der Schädel war in einen mächtigen fluctuirenden Hautsack umgewandelt, Schädelumfang beträgt 64 cm. Zur Zeit der Beschreibung war das Kind geistig in einem Zustand leidlicher Intelligenz.

Davidsohn (3) beschreibt nach einer Uebersicht über die Symptomatologie und den Verlauf der eitrigen Meningitis zwei einschlägige Beobachtungen bei Säuglingen von 5 Wochen resp. 10 Monaten. Bei dem ersten hatte die Entzündung der weichen Hirnhäute zu einem wirklich eiterigen Erguss in die Ventrikel, zu einem colossalen Pyocephalus internus geführt. Die bacteriologische Untersuchung des Eiters hatte eine Reincultur von Bact. coli commune ergeben. Unter Ausschliessung aller anderen ätiologischen Momente liess sich daher nur annehmen, dass die Infection vom Darmcanal aus auf dem Blutwege erfolgt sei. Bei dem zweiten Fall bildete eine Otitis media et interna den Ausgangspunkt der Meningitis. Bacteriologisch fand sich im Ohr wie im Gehirneiter der Fränkel'sche Pneumoniediplococcus.

Baginsky (4) demonstrirt das Schädeldach eines dreijährigen Knaben, welcher durch Sturz vom Treppengeländer heruntergestürzt ist. Eine Schädelfractur, welche mit mehreren Fissuren über der rechten Orbita am Stirnbein einsetzt, um sich als ein feiner Sprung durch die Schädelbasis nach dem linken Keilbeinflügel hinzuziehen. Das Gehirn auf der ganzen Convexität war in Eiter gleichsam eingebettet. Intra vitam hatte das Kind ausser Nasenbluten und Blutung aus dem Munde Tage lang nur über Kopfschmerzen geklagt. Erst am 11. Tage trat Coma ein mit ausgesprochenen meningitischen Erscheinungen. Die Lumbalpunction ergab neben Eitercoccen den Fränkel'schen Diplococcus.

Ganghofner (7) hat in einer umfangreichen Arbeit 54 Fälle von cerebraler spastischer Lähmung eigener Beobachtung mit besonderer Berücksichtigung der Aetiologie zusammengestellt. In 19 von diesen 54 Fällen war keine Aetiologie zu eruiren, 11 Fälle boten ausgesprochene mütterliche Aetiologie (Tuberculose, Psychose, Lues etc.), 6 Fälle Zeichen von Degeneration der betreffenden Kinderreihe, wiederholter Abortus, frühzeitiges Absterben von Geschwistern etc., 2 Fälle mit Frühgeburt, 2 Schwergeburten, 8 Fälle nach oder im Verlaufe von Infectionskrankheiten, 1 Fall traumatisch bedingt. Letztere Ursache kommt allein wohl selten in Frage; als ein sehr wesentlicher Factor hierbei erscheint die vom mütterlichen Organismus beeinflusste Gehirnentwicklung des Foetus. Eine hervorragende Rolle spielt die hereditäre Lues; unter ihrem Einfluss scheinen insbesondere Sclerosen des Gehirns und Rückenmarks, welche frühzeitig oft schon intrauterin einsetzen, zu Stande zu kommen. Die microscopische Untersuchung des Centralnervensystems von Fällen cerebraler Kinderlähmung, welche aus dem Foetalleben oder aus der ersten Zeit des Extrauterinlebens datiren, lehrt, dass die betreffenden Hirnläsionen (insbesondere jene der Hirnrinde) Agenesien der Pyramidenbahnen zur Folge haben, welche in einer Verminderung der Fasernzahl, vielleicht auch in abnormer Schmalheit der Fasern, ihren anatomischen Ausdruck finden. Die spastische Lähmung beruht auf der dadurch bedingten Leitungsstörung in dem corticospinalen motorischen Neuron. — Die Beobachtungen von G. bestätigen die von verschiedenen Autoren angeführte Thatsache, dass intrauterin entstandene spastische Cerebrallähmungen häufig erst gegen Ende des ersten Lebensjahres manifest werden.

Radtke (8) beschreibt einen in der Greifswalder chirurgischen Klinik zur Beobachtung gekommenen Fall von spinaler Kinderlähmung bei einer 31 jährigen Patientin, bei der die mangelhafte Function der unteren Extremitäten durch höhere Ausbildung der oberen ausgeglichen wurde.

Die Diagnose und Sectionsergebniss des Falles von Bourneville und Tissier (9) enthält der Titel. Anamnestisch ist zu erwähnen, dass der Vater des Pat. Alcoholiker und an Haemoptoe zu Grunde gegangen war. Eine Schwester und ein Bruder an Convulsionen gestorben. Keine Blutsverwandtschaft der Eltern; Mutter 4 Jahre älter, als der Vater. Das Kind entwickelte sich im ersten Jahre ganz normal, am Ende des ersten Jahres ein einziges Mal Convulsionen. Im Alter von 2 Jahren trat nach einer starken Erregung eine fast vollkommene Aphasia hysterica ein, die nach $3^1/_2$ Jahren, ebenfalls nach einer Erregung, bei der das Kind sehr zornig wurde, vollständig normaler Sprache Platz machte.

Nach einem Unfall, den er im Alter von 10 Jahren erlitt, traten neuerdings Störungen der Sprache, schwere Kopfschmerzen, doppelseitige Otitis ein: der Beginn der Meningo-Encephalitis. Exitus im Alter von 12 Jahren an Pneumonie.

Dem Titel von Bourneville und Mettetal (10) ist hinzuzufügen, dass es sich um ein 3jähriges Kind handelte. Eltern gesund. Grossvater Potator. Keine Blutsverwandtschaft. Altersunterschied der Eltern

4 Jahre. Ein Bruder leidet an Convulsionen. Die Mutter hatte während der Schwangerschaft grosse Aufregungen. Das Kind kam asphyctisch zur Welt. Am 3. Lebenstage auf die rechte Seite beschränkte Convulsionen. Vollkommene Blindheit. Tuberculose. Tod unter allmälig zunehmender Cachexie.

Hauser (15) kommt in einem, in der Berliner medicinischen Gesellschaft gehaltenen Vortrage zu folgenden Schlussfolgerungen: Es giebt auch im Kindesalter eine echte Tetanie; dieselbe verläuft in einem Theil der Fälle genau unter dem von der Tetanie der Erwachsenen bekannten Krankheitsbilde. Die Aetiologie der kindlichen Tetanie ist noch nicht sicher gestellt. Die Rachitis scheint ein erhebliches disponirendes Moment abzugeben. Das directe, reflexauslösende Moment, die Gelegenheitsursache, scheinen öfters Magendarmstörungen zu sein. Neben der mit typischen Extremitätencontracturen einhergehenden Tetanie giebt es im Kindesalter eine sogenannte latente, d. h. bezüglich eben jener Krämpfe latente Tetanie; dieselbe bietet als hervorstechendste Krankheitserscheinung häufig schweren Spasmus glottidis. Die überwiegende Mehrzahl aller Fälle von Spasmus glottidis hat mit der Tetanie ätiologisch nichts zu thun; vielmehr ist daran festzuhalten, dass zwischen dem Spasmus glottidis und der Rachitis Beziehungen bestehen müssen, die wahrscheinlich mehr als ein Zusammentreffen bedeuten. — Der Spasmus gl. steht in keinem auch nur einigermaassen gesicherten causalen Verhältniss zur Craniotabes.

Kalischer (16) hat unter 2191 Kranken 5 mal Tetanie beobachtet und zwar immer bei Kindern unter 2 Jahren. In 3 Fällen lag Rachitis vor, u. zw. 2 mal leichteren Grades und in einem Falle bestand starke Schädelrachitis (Craniotabes). 3 von den 5 tetanischen Kindern hatten zugleich mit dem Ausbruch der manifesten Tetanie an fieberhaften Magenaffectionen gelitten, und 2 von diesen waren rachitisch. Demnach hat es den Anschein, als ob bei den an Rachitis leidenden und zur Tetanie vielleicht disponirten Kindern häufig noch ein anderes Agens (Magendarmaffectionen, Infectionskrankheiten etc.) hinzutreten muss, um die Tetanie zum Ausbruch zu bringen. In allen 5 Fällen von Tetanie bestand Spasmus gl. und diese Thatsache lehrt unter anderem, dass der Spasmus gl. zu dem Symptomenbilde der Tetanie auch bei den Kindern gehört, die keine Spur von Rachitis aufweisen, wie er ja auch bei der Tetanie der Erwachsenen gelegentlich zur Beobachtung kam.

Steiner (17) reiht an 2 eigene Beobachtungen von Morbus Basedowii eine tabellarische Uebersicht über sämmtliche in der pädiatrischen Literatur auffindbaren 28 Fälle. Schliesslich wird in einer ganz ausserordentlich ausführlichen Weise eine Beschreibung des genannten Krankheitsbildes gegeben. Da dasselbe sich in seinem Verlaufe wenig oder gar nicht von dem des Erwachsenen unterscheidet, so erübrigt sich ein Eingehen auf die Publication.

Der Fall von Kissel (19) betraf ein 11 jähriges Mädchen. Erbliche Belastung nicht vorhanden. Seit einem Jahre Aenderung des Characters. Mürrisch, menschenscheu, krankhafte Religiosität. Vor 8 Monaten gelangte sie zur Ueberzeugung, dass sie zu viel isst, und bestrebt sich, sich das Essen abzugewöhnen; ihre Speisemenge erreichte allmälig das Minimum, wobei zugleich eine schnelle Abzehrung sich entwickelte; dessenungeachtet fühlte sie sich die ganze Zeit nicht schlecht. In der ersten Zeit im Krankenhause verweigerte sie ebenfalls die Nahrung; erst als sie vollkommen von allen Angehörigen isolirt wurde, gelang es leichter, sie zum Essen zu veranlassen. Dann wurde es rapide besser und innerhalb 4 Monaten nahm das Mädchen 13620 g an Gewicht zu.

Der Fall von Zuppinger (20) betrifft einen 12-jährigen, erblich nicht belasteten Knaben. Der Mutismus schloss sich unmittelbar an einen hystero-epileptischen Anfall an und dauerte 2 Monate, nach welcher Zeit das Kind wieder vollständig geheilt war. Ausser dem Mutismus bestand auf der rechten Körperhälfte fast vollständige Anästhesie; selbst tiefgehende Nadelstiche lösen nur schwache Reactionszuckungen aus. Auch auf der linken Körperseite war die Sensibilität herabgesetzt, jedoch nur oberflächlich und in viel geringerem Maasse. Motorische Lähmungen oder hysterogene Punkte konnten nicht nachgewiesen werden.

3. Krankheiten der Circulationsorgane.

Chapman, Ch. W., Heart disease in children. Lancet. June 13.

Eine sehr hübsche, auf grossen Erfahrungen basirende Skizze über Herzkrankheiten liefert Chapman. Unter 122 Herzerkrankungen bei Kindern unter 15 Jahren hatten 91 Gelenkrheumatismus gehabt, 4 Scharlachfieber. Die übrigen waren anämisch oder nierenleidend; es ist höchst wahrscheinlich, dass auch von diesen viele eine der oben genannten Krankheiten oder auch Chorea in milder, nicht beachteter Form durchgemacht haben. Verf. hat wiederholt nach leichten und unbedeutenden Gelenkschmerzen Herzfehler auftreten sehen. Nach scarlatinöser Nephritis oder Diphtherie-Nephritis hat er oft Pericarditis oder Endocarditis mit acuter Dilatation auftreten sehen. Was die Prognose anlangt, so sind folgende Punkte zu berücksichtigen: 1. Ursache des Herzleidens, Zeit zwischen der ursprünglichen Krankheit und dem Beginn des Herzleidens. 2. Bei wiederholtem Auftreten des primären Leidens, speciell Rheumatismus, die Intervalle zwischen den einzelnen Attacken. 3. Allgemeiner Ernährungszustand. 4. Compensation des Herzfehlers. 5. Zustand von Lungen, Leber, Nieren. 6. Knöchelödeme. — Was die Behandlung anlangt, so spielt die Hygiene eine grosse Rolle. Aufenthalt in gesundem Klima, Vermeiden von feuchten Thälern. Leichte Kost. Schwerere körperliche Anstrengungen, wie Schwimmen, Fussballspiel etc. werden meist zu vermeiden sein. Ueber Medicamente lässt sich nichts Bestimmtes sagen: je nach der Indication und unter ärztlicher Aufsicht werden Digitalis, Strophanthus, Convallaria, Arsen, Eisen u. a. mit ausgezeichnetem Erfolge gegeben werden können.

4. Krankheiten der Respirationsorgane.

1) Woodruff, E. G., Acute and chronic coryza and its significance in children. Med. Record. April 25. — 2) Fürst, L., Zur Behandlung von Rhagaden und Coryza sicca kleiner Kinder. Therap. Monatshft. Juni. — 3) Bar, L., Laryngitis oedematosa bei Kindern. Allgem. Wien. med. Zeitg. No. 32. — 4) Renaud, Traitement de la bronchite diffuse infantile par la balnéation chaude systematique. Bull. de l'acad. 24. Mars. — 5) Legendre, Traitement des bronchopneumonies aigues chez les enfants. Bull. de Therap. CXXXI. 6. — 6) Holdheim, W., Zur Kenntniss der cerebralen fibrinösen Pneumonie im Kindesalter. Deutsche med. Wochenschr. 6. Febr. — 7) Griffith, Crozer, Pneumonia in children. Medical News. Decbr. 5. — 8) Firbas, Zur Klinik und Therapie der Schilddrüsenerkrankungen im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk. XLI. 3—4. — 9) Dauscher, Herm., Epistaxis mit gleichzeitiger Blutung aus dem Thränenröhrchen derselben Seite. Wien. med. Pr. No. 18.

Woodruff (1) zählt alle die Schäden auf, welche dem Organismus und besonders dem sich entwickelnden durch Behinderung der Nasenathmung erwachsen können. Beim Säugling leidet in erster Reihe die Ernährung; liegt das Kind an der Brust, so muss es fortwährend die Brust loslassen, um Luft holen zu können. Die Kinder athmen und schlafen mit offenem Munde; durch ersteres wird leicht Bronchitis hervorgerufen, durch letzteres, zumal wenn bei den Kindern eine neuropathische Disposition vorhanden ist, aufgeregte Träume, Pavor nocturnus, Enuresis. Fernere Nachtheile sind schlechte Entwicklung des Thorax, Scoliosen und Kyphosen. Schliesslich hängen häufig Augenaffectionen, insbesondere Entzündung des Canalis lacrymalis mit Nasenkrankheiten zusammen. Auch auf die Störung der Gehirnfunctionen ist von verschiedenen Seiten aufmerksam gemacht worden; die Kinder sind vergesslich, haben Kopfschmerzen und machen in der Schule schlechte Fortschritte.

Fürst (2) lässt bei Rhagaden und Coryza sicca mehrmals täglich eine Lösung von

Natr. chlorat.	0,5
Acid. bor.	1,0
Aq. destill.	100,0

lauwarm in jede Nasenhälfte einfliessen. Dann wartet man 2—3 Minuten und pinselt dann, nachdem man etwaige gelockerte Krusten mit sterilisirter Pincette entfernt hat, eine dünne Schicht Boro-Glycerin-Lanolin (Byrolin) auf die Schleimhaut.

Renaud (4) legt seine Erfahrungen über die Behandlung der Bronchitis diffusa mit warmen Bädern nieder. Man darf sich nicht mit einem oder 2 Bädern begnügen, sondern es muss regelmässig 3 stündlich Temperatur gemessen werden; steigt dieselbe über 39,0, so wird ein Bad verordnet von 35° und dasselbe mit herabsteigenden Temperaturen bis 30° wiederholt, so lange die Temperatur sich hoch hält oder wieder in die Höhe steigt. Von Medicamenten wendet Verf. ausserdem bei infectiösen Bronchitiden (Influenza) Chinin an. Niemals wendet er Antipyrin an, vor dessen herzschwächender Wirkung er warnt.

Der folgende Autor, Legendre (5) redet derselben — übrigens doch allgemein üblichen — Behandlungsmethode bei Bronchopneumonien das Wort; nur dass er die Wasserbehandlung nicht bloss auf Bäder, sondern auf $^1/_4$—$^1/_2$—1 stündlich gewechselte Einwicklungen in nasse Tücher ausgedehnt wissen will.

Die fünf von Holdheim (6) mitgetheilten Erkrankungen von cerebraler fibrinöser Pneumonie sind insofern bemerkenswerth, als alle sich in einer Woche ereigneten und aus demselben Stadttheil stammten. Besonderes Interesse beansprucht nur Fall 4, bei dem trotz sorgfältigster Untersuchung eine bestimmte Diagnose in den ersten 6 Tagen unmöglich war; die abnorm hohen Temperaturen, Gesichtsausdruck, Coma, grosse Schmerzempfindlichkeit bei jeder Berührung, Zähneknirschen, bisweilen Delirien, deuteten auf eine cerebrale Affection, speciell Meningitis hin, bis dann gleichzeitig mit dem Abfall des Fiebers die Lungensymptome in den Vordergrund traten und damit die nur vermuthete Diagnose sicher stellten.

Firbas (8) macht nach Mittheilung von 4 Fällen von sporadischem Cretinismus und Myxoedem statistische Bemerkungen bezüglich erworbener Strumen. Ein halbes Jahr lang wurden alle ambulatorisch behandelten Kinder der Grazer Kinderklinik daraufhin untersucht. 300 = 9,3 pCt. der untersuchten Kinder wurden mit Struma behaftet gefunden. Sie recrutirten sich hauptsächlich aus jenen Bezirken von Graz, in denen fast ausschliesslich Brunnenwasser getrunken wird. Bei Gebrauch von Wasserleitungswasser kamen Strumen nur vereinzelt zur Beobachtung. Die Behandlung mit roher Schilddrüse, Schilddrüsenpulver und Tabletten lieferte im Ganzen befriedigende Resultate; in den meisten Fällen konnte ein allmäliges Kleinerwerden des Kropfes constatirt werden. Erscheinungen von Intoxication wurden, abgesehen von zeitweiliger Appetitlosigkeit und herabgesetztem Wohlbefinden, niemals gesehen. Auch die Körpergewichtsabnahme war bei vorsichtiger Dosirung nur unbedeutend und temporär.

5. Krankheiten der Verdauungsorgane.

1) Helbing, C., Zur Casuistik der musculären Macroglossie. Jahrb. für Kinderheilk. XLI. 3—4. — 2) Grósz, S., Beiträge zur Pathogenese, Prophylaxe und Therapie des Soor bei Neugeborenen. Jahrb. für Kinderheilk. Bd. XLII. Heft 2. — 3) Guidi, G., Ueber Soor, seine Mycologie und Metastasenbildung. Wien. med. Blätter. No. 24. S. 30—31 und No. 26. — 4) Stooss, Der Diplo-Streptococcus der Stomatitis aphthosa. 30. Bericht der Jenner'schen Kinderspitales in Bern. — 5) Grau, Chr., Bemerkungen über die Magenfunctionen und die anatomischen Veränderungen bei angeborener Pylorusstenose. Jahrb. f. Kinderheilk. XLIII. — 6) Thiemich, Papiewski, Ueber Ernährung magendarmkranker Säuglinge mit Gärtner'scher Fettmilch. Ebendas. Bd. XLI. 3—4. — 7) Epstein, F., Die Anwendung der Gastrodiaphanie beim Säugling. Ebendas. Bd. XLI. 3—4. — 8) Keller, A., Ammoniakausscheidung bei Gastroenteritis im Säuglingsalter. Centralbl. f. innere Med. No. 42. — 9) Macfadyen, Allan, The bacteriology of infantile diarrhoea. Brit. med. journ. Sept. 12. — 10) Finkelstein, H., Zur Aetiologie der folliculären Darmentzündungen der Kinder. Deutsche med. Wochenschrift. No. 39. — 11) Grüneberg, Zur Casuistik der Mesenterialgeschwülste. Ebendas. No. 24. — 12) Niven, James, On diarrhoea

in Manchester in 1895, with special relation to infant-feeding: a preliminary investigation. Lancet. Febr. 20. — 13) Alt, Conr., Durchfall bei Kindern nach Genuss der Milch von Kühen, die mit „befallenem“ Klee gefüttert waren. Deutsche med. Wochenschr. No. 5. — 14) Hock, A., Ueber medicamentöse Behandlung von Darmcatarrhen des Säuglingsalters. Wien. med. Blätt. No. 30. — 15) Reinach, O., Zur Therapie der Sommerdiarrhöen im Säuglingsalter. Münch. med. Wochenschrift. No. 18. — 16) Carmichael, J., The indigestion of breast babies. Edinbourgh journ. Aug. — 17) Escherich, H., Intorno all' uso del tannigeno nella cura delle diarree infantili. Raccoglitore. 10. VII. — 18) Seibert, Die Nephritis beim Darmcatarrh kleiner Kinder. New York. med. Monatsschr. 1895. — 19) Mc Burney, Ch., The treatment of appendicitis. Medic. news. Decbr. 2. — 20) Auerbach, a) Leber mit interstitieller Nephritis von einem 5 jähr. Knaben. Deutsche med. Wochenschr. No. 20. (Vereins-Beilage.) b) Epidemischer Icterus bei Kindern. Ebendas. — 21) Brown, Marshall, Cholera infantum. Boston med. and surg. journ. Dec. 3. — 22) Petersen, 2 Fälle von Enteritis membranacea bei Kindern. Upsala läkareförenings förhandlingar. Neue Reihe. 1. p. 281—290.

Helbing (1) theilt die Zungenveränderungen in 3 Formen: 1. Diejenige, bei welcher die Vergrösserung der Zunge nur durch Vergrösserung des interstitiellen Gewebes bedingt ist. 2. Hyperplasie aller die Zunge zusammensetzenden Gewebsbestandtheile. 3. Vermehrung des eigentlichen Parenchyms der Zunge. Ein von H. beschriebener Fall wies diesen letzteren und selteren histologischen Befund auf und war ausserdem mit einer Hemmungsmissbildung am Darmtractus combinirt. Bei der Anführung der gesammten einschlägigen Literatur beschäftigt sich Verf. besonders mit der Publication von Baginsky und glaubt, dass dessen damalige Vermuthung, dass „mit der Macroglossie fehlerhafte anatomische Bildungen im Intestinaltractus einhergehen“, durch seinen Fall bestätigt werde.

Eine ausserordentlich umfangreiche Soor-Endemie in der geburtshülflichen Klinik zu Budapest veranlasste Grósz (2) zu seinen Untersuchungen. Er kommt zu dem Resultate, dass die prophylactischen Mundwaschungen, die bisher bei Neugeborenen immer nach dem ersten Bade vorgenommen wurden, mehr geeignet sind zu schaden als zu nutzen. Die Schleimhaut der Neugeborenen befindet sich schon physiologisch in einem Zustande der Desquamation und wird durch das Reiben beim Auswaschen des Mundes nur noch geeigneter für die Ansiedelung des Soorpilzes gemacht. G. bekennt sich zu der Ansicht von Epstein, welcher die Entstehung der sogenannten Bednar'schen Aphthen den Mundwaschungen zuschreibt. In Anbetracht dessen, dass wir darunter eigentlich keine „Aphthen“, sondern die auf der Schleimhaut des harten Gaumens durch mechanische Einwirkungen entstandenen Verletzungen verstehen, hält er es für richtiger, diese Geschwüre „Ulcera decubitalia palati duri“ zu nennen. Demgemäss empfiehlt G. zur Unterdrückung von Soor-Endemien das Hauptgewicht auf die Verbesserung der hygienischen Verhältnisse zu legen. Mundwaschungen sollen ganz wegfallen; an deren Stelle sollen prophylactische Pinselungen mit 1 proc. Argentumlösung treten. Durch dieses Verfahren, das in der Klinik bei jedem Neugeborenen vom ersten Tage nach seiner Geburt bis zur Entlassung aus der Klinik täglich fortgesetzt wurde, wurde das Fortschreiten der Soorendemie erheblich eingeschränkt, indem die Morbidität von 32,83 pCt. auf 9,25 pCt. herabsank. Bei Erkrankung an Soor wurde statt der 1 proc. eine 3 proc. Argentumlösung angewandt. Nachtheilige Folgen wurden in keinem Falle beobachtet. Die Pinselung geschah in der Weise, dass mit dem Pinsel zuerst die Zungenspitze des Säuglings berührt wurde, worauf der Säugling beim Herausziehen des Spatels Saugbewegungen machte und auf diese Art den Pinsel mit seinen Lippen ausdrückte.

Guidi's (3) Forschungen über den Soor kommen zu dem Resultat, dass als der Microparasit nicht das Oidium albicans von Robin, sondern der Sacharomyces albicans oder buccalis anzusehen sei; dieser Parasit besitzt die Eigenschaft, besonders gährungsbefördernde Substanzen zu bilden und daher bedeutende anatomische Läsionen und functionelle Störungen hervorzurufen; er kann auch in die unterliegenden Gewebe eindringen, in die Lymphbahnen eintreten und in bestimmten Organen specifische metastatische Läsionen hervorrufen. Der Widerstand der Organe der metastatischen Erkrankung gegenüber ist ein verschiedener; nach der Reihe ihrer Frequenz kommen Metastasen vor in folgenden Organen: Nieren, Leber, Muskeln, Herz, serösen Häuten, Knochenmark, Lymphdrüsen, Lungen, Gehirn.

Stooss (4) sucht seine bereits in einer früheren Arbeit vertretene Ansicht über die ätiologische Bedeutung des „Diplostreptococcus der Stomatitis aphthosa“ durch einen casuistischen Beitrag zu erhärten. Bei einem mit Belag auf den Tonsillen in die Poliklinik gebrachten Kinde wurden statt der vermutheten Löffler-Bacillen Diplostreptococcen gefunden. Die Anamnese ergab, dass der Patient sowohl wie 3 andere Familienmitglieder eine Woche vorher Bläschen im Munde gehabt hatten. Der Microorganismus unterscheidet sich von den Diplococcen, welche man in der gesunden Mundhöhle und bei Anginen findet, sowohl durch seine Grösse als auch durch die Form der an den Enden wenig abgerundeten, länglichen Glieder und durch die Neigung, in Haufen zu lagern; sehr oft bildet er kleine Ketten.

Das Beobachtungsmaterial von Thiemich u. Papiewsky (6) setzt sich aus zwei klinischen und 35 poliklinischen Kindern zusammen. Sie resumiren ihre Erfahrungen in dem Satze: „Die Fettmilch hat uns bei kranken Kindern weder in den von vornherein günstigen Fällen Besseres, noch in den zweifelhaften Sichereres geleistet, als die Kuhmilchverdünnungen; sie ist aber nicht weniger zur Säuglingsernährung zu empfehlen, als diese.“ Die Milch wurde von den Kindern meist sehr gern genommen; die Nahrungsmenge betrug durchschnittlich $\frac{1}{2}$—$1\frac{1}{2}$ l pro Tag. Die Stühle waren meist breiige, ziemlich homogene Entleerungen. Bei einer Reihe von Kindern waren die Stühle von normalen Brustmilchstühlen kaum zu unterscheiden; andererseits fehlte es auch nicht an diarrhöischen, mit Schleimflocken vermischten und wochenlang andauernden Entleerungen.

Epstein (7) benutzte zur Gastrodiaphanie einen Jaques-Catheter No. 13, der nach dem Princip des Einhorn'schen Gastrodiaphan construirt war. Vor der Anwendung dieser Sonde wurde jedesmal — einerseits um Verunreinungen des an sich schon engen, durch die gut isolirten Leitungsdrähte noch mehr verengten Sondenlumens nach Kräften zu verhindern, andererseits um ein Criterium der bei der Durchleuchtung im Magen befindlichen Wassermenge zu haben — der Magen mit einer gewöhnlichen Magensonde ausgespült. Die Einführung der Sonde macht keine Schwierigkeiten und gelingt stets schnell und ohne jede Verletzung. Nach der Einführung wird der Magen mit Wasser gefüllt und zwar wurden je nach dem Alter der Kinder und der Grösse des Magens, 100—350 ccm Wasser zum Einlaufen verwendet. Der practische Werth dieser Untersuchungsmethode liegt darin, dass wir in derselben ein ungefährliches Mittel an der Hand haben, beim Säugling eine Gastrectasie bezw. eine Gastroptose nachzuweisen. Von allen bisher zu diesem Zwecke empfohlenen diagnostischen Methoden (Clapotage, Succussio) bietet keine einzige eine sichere Handhabe.

Die vorläufige Mittheilung von Keller (8) beruht auf den Untersuchungen von 200 Tagesmengen von Urin. Bei leichten Dyspepsien fanden sich im Verhältniss zum Gesammt-N 3—9 pCt. Ammoniak-N, bei schwereren Dyspepsien bis zu 30 pCt., bei Gastroenteritis bis zu 40,45 pCt. Meist gingen diese Procentzahlen der Verbesserung oder Verschlechterung des Zustandes parallel, andererseits aber ist doch ein entgegengesetztes Verhalten beobachtet worden, sodass die Prognose danach zu stellen nicht statthaft ist.

Mya, der eine ähnliche Beobachtung gemacht hatte, war zu dem Schlusse gekommen, dass die harnstoffbildende Function der Leber gestört sei. Keller kann sich dieser Ansicht nicht anschliessen; man muss berücksichtigen, dass das Ammoniak im Körper die Function der Säureneutralisation zu üben hat und dass es ein Säureindicator ist. Es liegt also der Schluss nahe, dass es sich in diesen Fällen von Magendarmstörungen der Säuglinge mit vermehrter Ammoniakausscheidung um eine Säure-Intoxication handelt.

Macfadyan (9) liefert in der Form einer Vorlesung ein kurzes Referat über die Bacteriologie der Säuglingsdiarrhöen, indem er dabei besonders der Untersuchungen von Baginsky, Escherisch, Jeffries und Vaughan Erwähnung thut.

Finkelstein (10) unterscheidet 2 Gruppen follicularer Darmentzündungen, erstens solche Fälle, wo die Localerkrankung im Vordergrunde steht, wo im Todesfalle die Section erhebliche Veränderung des Dickdarmes bis zu ausgebreitetem ulcerösem Zerfall der Schleimhaut erkennen lässt: die ruhrartige Form, und zweitens in solche, wo die Section nur geringe Befunde aufdeckt, die die schweren Erscheinungen im Leben nicht erklären. Intra vitam wiegen in diesen Fällen die Zeichen der Vergiftung vor: die toxische, choleraartige Form. Ein Infectionsträger also, der diesen Forderungen genügt, muss also einerseits im Stande sein, Schleimhautreizungen hervorzurufen, die von der Hyperämie bis zur ulcerösen, necrotisirenden Entzündung variiren, und andererseits die Fähigkeit besitzen, durch Production giftiger Stoffe eine toxische Fernwirkung zu entfalten. Einen solchen „specifischen" Microorganismus glaubt F. gefunden zu haben in einem Bacterium, das grosse Aehnlichkeit mit dem Bact. coli hat, aber doch nicht mit ihm identisch ist. Bezüglich der biologischen Eigenschaften des Bacillus muss auf das Original verwiesen werden. Hier sei nur auf sein Verhalten Mäusen gegenüber hingewiesen. „Geringe Mengen frischen Materials, mit der Nahrung eingeführt, besiegeln den Tod der Thiere. Nach einer 1—2 tägigen Periode prodromaler, schleimiger Diarrhoe entwickelt sich ein geradezu unheimlich schweres Krankheitsbild. Aus dem After rieseln unaufhörlich dünne, blutig seröse Entleerungen, die Thiere collabiren, magern rapid ab, schleppen sich, oft zusammenbrechend, mit durchnässtem und gesträubtem Fell mühsam in ihrem Behälter umher oder hocken regungslos am Platz. Der Tod erfolgt oft erst nach 5—6 Tagen einer vita minima unter froschartiger Kälte der Haut in tiefstem Collaps. Das Bild ähnelt Punkt für Punkt der Loeffler'schen Beschreibung der an Mäusetyphus erkrankten Thiere. Die Stühle enthielten reichlich Zellen, besonders abgestossene, körnig getrübte oder verfettete Epithelien und ganze Schleimhautzotten. Die Bacillen häufig in Reincultur. Die Section zeigt einen gerötheten Darm mit Follikelschwellung, im Lumen wässriger oder hämorrhagischer Inhalt oder zäher, rubinrother Schleim." Verf. führt darauf eine Reihe Unterscheidungsmerkmale zwischen seinem Bacillus und den Bact. coli an, auf die ebenfalls an dieser Stelle nicht eingegangen werden kann. Er sieht denselben mit Sicherheit für den Erreger der Enteritis follicularis an. Er konnte ihn bei allen 50 Fällen typischer Enteritis und Colitis dysenterica constatiren. Ferner war dieser Bacillus der einzige in allen Fällen constant vorhandene. Andere Microorganismen kamen daneben manchmal vor und fehlten in anderen Fällen. Drittens erzeugte er bei Mäusen eine specifische Darmerkrankung.

Niven (12) macht eine vorläufige, wesentlich statistische Mittheilung von Beobachtungen, die im Herbst vorigen Jahres seitens der Sanitätsinspectoren über alle Umstände, die mit der Sommerdiarrhoe in Verbindung stehen können, gemacht worden sind. Es wird berichtet über die Zahl der Beobachtungen, über die Art der Ernährung und über die hygienischen Wohnungsverhältnisse.

Hock (14) bespricht die medicamentöse Behandlung der Darmcatarrhe mit besonderer Berücksichtigung der gerbsäurehaltigen Medicamente. Ein Nachtheil des Tannin bei längerem Gebrauche bestand bisher darin, dass die Gerbsäure im Magen, soweit sie zur Wirkung kommt, dies in unerwünschter Weise thut, indem sie mit dem Eiweiss Verbindungen eingeht, welche wenig löslich sind und im Darm schlecht ausgenützt werden und ausserdem die Secretion der Magenschleimhaut beschränkt. Diese Uebelstände werden beseitigt durch die Acetylverbindung der Gerbsäure, welche im

sauren Mageninhalt nicht zersetzt wird, degegen in Berührung mit Alkalien Tannin abspaltet, so dass im ganzen Darmtractus Tannin seine Wirkung entfalten kann.

Als Einzeldosis wird bei ganz kleinen Kindern bis zu 5 Monaten 0,1 g, bei grösseren 0,2 g gegeben:

Tannigeni 2,0
Sacch. lact. 3,0
In dos. X. S. 4 stündl. $^1/_2$ resp. 1 Pulver.

Reinach (15) hat die blutverdünnende Eigenschaft des Serums dazu benützt, der Bluteindickung bei den schweren acuten Gastro-Enteritiden entgegen zu wirken. Zur Infection wurden nur die schwersten, theilweise moribunden Fälle genommen. Injicirt wurden 10 bis 20 ccm unter die Haut der seitlichen Thoraxpartien. Der Eindruck der Injection auf das Allgemeinbefinden war ein entschieden günstiger. Das Aussehen der collabirten Kinder wurde ein frischeres, der Blick klarer; einige Kinder, die nicht mehr zu saugen im Stande waren, nahmen die Flasche wieder. Bei jeder erneuten Injection traten dieselben Wirkungen wieder zu Tage.

Carmichael (16) beschäftigt sich mit den Verdauungsstörungen der Brustkinder. Gründe dafür können zunächst in äusseren Verhältnissen liegen, ungesunde, feuchte Wohnräume. In Bezug auf die Ernährung selbst spielt regelmässiges Anlegen eine Hauptrolle; die meisten Verdauungsstörungen rühren daher, dass die Mütter theils aus Unverstand, theils aus socialen Gründen die Kinder in ganz unregelmässigen Intervallen an die Brust legen. Vorübergehende Störungen kann auch die Menstruation hervorrufen, während Gravidität die weitere Darreichung der Brust ausschliesst. — Weitere Mittheilungen des Verf.'s beziehen sich auf die Krankheiten, die Hinderungsgründe des Stillens sind.

Seibert (18) bestätigt die Befunde von Baginsky und Epstein. Bei chronischer Enteritis fand er den Urin niemals ohne Eiweiss, Cylinder und Epithelien, weisse und gelegentlich rothe Blutkörperchen. Oedeme fand er dabei sehr selten, höchstens in ungünstig verlaufenen Fällen, in welchen die Kinder schon Monate lang krank waren. Bezüglich der Therapie ist die erste und wichtigste Indication die Entfernung des sich zersetzenden Darminhaltes und die temporäre Ersetzung der Eiweissnahrung durch Kohlehydrat und Fette, so dass der Darmcatarrh zur schleunigen Abheilung kommen kann. Dadurch wird der Resorption der Darmbacterien und ihrer Producte in das Blut und deren Einnisten in die Nieren Einhalt geboten.

Auerbach (20) legt die Präparate eines an interstitieller Hepatitis gestorbenen 5jährigen Kraben vor, der in 3 Tagen unter dem Bilde einer schweren Intoxication (kein Alcohol) zu Grunde gegangen war. Da der Tod nach so kurzer Erkrankung eingetreten war, so war die Leber noch nicht atrophisch geworden, sondern sehr gross und schwer (667 g). — Ferner berichtet derselbe Verf. über 18 Fälle von Icterus, die er in sehr kurzer Zeit zu beobachten Gelegenheit hatte. Ueber die Aetiologie derselben ist Sicheres nicht eruirt worden, er fasst sie nach ihrem ganzen günstigen Verlaufe als Stauungsicterus auf.

Marshall Brown (21) empfiehlt zur Behandlung der Cholera infantum grosse Dosen von Bromkalium zu geben, dessen Wirkung auf seinem Einfluss auf das vasomotorische System beruhe.

[Petersen (22). 6 Monate alter Säugling. Zwei Stühle täglich, ohne Schmerzen, mit kleinen gelbweissen Stückchen von loser Consistenz, kaum 1 cm lang und von Seite zu Seite als Röhrchen zusammengerollt. Ausgebreitet waren sie platt wie Bänder. Sie waren immer aus dem Darm in Stückchen herrausgekommen und waren nicht abgerissen. Unter dem Microscope zeigten sie eine amorphe, structurlose Grundsubstanz mit eingemengten Zellenresten, freien Kernen, Körnchen von verschiedenen Arten von Bacterien. 2. $1^3/_4$ Jahre alt, wohlgenährt, mit guter Esslust und gutem Schlafe, 14 Zähnen und weichem Bauche. Die schleimigen, bandartigen Fetzen kamen theils von den Stühlen, theils sassen sie an den Faecalmassen, waren bis 6—7 cm lang und knäulförmig zusammengerollt; bisweilen wurden nur klare Schleimfetzen bei den Entleerungen herausgepresst. Die lose Grundsubstanz war ganz structurlos und enthielt nicht unbedeutend Epithel und Reste davon, Fettkörnchen, freie Kerne, Bacterien. Jede Behandlung blieb erfolglos, aber das Kind blieb gesund, ohne Schmerzen.

A. Fr. Eklund (Stockholm).]

6. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.

1) Finkelstein, H., Ueber Cystitis im Säuglingsalter. Jahrbuch f. Kinderheilkunde. XLIII. — 2) Trumpp, S., Ueber Colicystitis im Kindesalter. Münch. med. Wochenschr. No. 42. — 3) Martin, W. F., Enuresis. Med. News. March 7. — 4) Harold, Will., Enuresis in children. Boston Journ. March. 12. — 5) Köster, G., Ueber Aetiologie und Behandlung der Enuresis. Deutsch. med. Wochenschr. No. 23. — 7) Baltimora, Ch. E. S. di, L'indicanuria e specialmente de suoi rapporti coll' acidità gastrica. Raccoglitore. 14. Juli. — 8) Goldberg, L., Ueber das Harnsediment normaler etc. Kinder. Inaugural-Dissertation. Berlin 1895. — 9) Figueira, Fern., An essay on clinical urology in infancy and childhood. Lancet. Sept. 12. — 10) Thomas, John, Nephritis in infantile scurvy. Boston med. and surg. journ. No. 10. — 11) Keller, A., Beiträge zur Kenntniss der cyklischen Albuminurie. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. XLI, 3—4. — 12) Schön, S., Eine Beobachtung über familiäre cyklische Albuminurie. Ebendas. — 13) Gibbons, R. A., Renal colic in infants. Med. chron. Transact. Vol. 79. — 14) Tuley, Henry E., Nephritis in children. Medical News. August 8. — 15) D'Arcy Power, Primary sarcoma of the vagina in children. St. Barthol. Hosp. Rep. Vol. 31. — 16) Agramonte, Aristides, Infectious vulvo-vaginitis in children. Medical Record. Jan. 11.

Finkelstein (1) bestätigt das ausserordentlich seltene Vorkommen von primärer Cystitis im Kindesalter. Er theilt einen einzigen derartigen Fall, der auf der Kinderpoliklinik der Charité zur Beobachtung kam, mit. Sehr häufig dagegen tritt secundär Cystitis auf bei schweren Allgemeinerkrankungen (Pneumonie, Pleuritis, Meningitis, Gastroenteritis) und auch hierfür werden Beispiele geliefert. In allen Fällen wurde aus-

schliesslich das Bacterium coli commune in Reincultur aus dem Urine gezüchtet. Therapeutischen Maassnahmen gegenüber dürften die secundären Cystitiden bei der Natur des Grundleidens sich entziehen und nur in den Ausnahmefällen Berücksichtigung erfordern, wo dieses die Wendung zum Besseren nimmt. Prophylactisch kann durch peinliche Reinhaltung der Genitalien sicher viel erreicht werden. Anders die primäre Cystitis. Man muss an ihr Vorkommen unklaren Symptomen gegenüber, die leicht als Colik und ähnliches gedeutet werden, denken, und die Behandlung energisch betreiben, um die Möglichkeit einer von den Harnwegen ausgehenden Allgemeininfection durch Bact. coli zu verhindern.

Trumpp (2) stützt sich auf 29 Fälle aus der Escherich'schen Klinik, in denen die Cystitis auf die Einwanderung des Bact. coli commune zurückgeführt werden konnte. Dem klinischen Verhalten nach werden leichte und schwere Formen unterschieden. Als leichte Form werden die Fälle bezeichnet, bei denen sich nur örtliche Erscheinungen darboten, ohne dass das Allgemeinbefinden gestört war, und die einen raschen und günstigen Verlauf nahmen. Es bestand häufiger und lästiger Harndrang und Empfindlichkeit der Blasengegend. Der Harn zeigt eine bald gleichmässig staubförmige, bald wolkenartige, bald wieder feinflockige Trübung, die auch bei längerem Stehen constant blieb und sich alsdann als weisser, wolkiger Niederschlag zu Boden setzte. Reaction stets sauer, Spuren von Eiweiss, microscopisch Blasenepithelien, zahlreiche Leucocyten und Kurzstäbchen. Dauer 1—2 Wochen.

Die schwere Form zeigt schwere Störungen des Allgemeinbefindens, häufig mit intermittirendem Fieber, Anorexie, vermehrtes Durstgefühl, zuweilen Erbrechen. Intensive Trübung des Urins, fötider Geruch, dicker flockiger Bodensatz. Der Verlauf ist ein hartnäckiger und schleppender und kann Monate dauern. Die Prognose ist dubiös, da leicht ascendirende Nephritis entsteht. Ausser diesen primären Fällen von Colicystitis wurden Colibacterien zweilen secundär bei Darmkrankheiten im Harn gefunden; die Bacterien können das Rectum durchwandern und so in die Blase eindringen. — Die Therapie bestand in Blasenspülungen mit $1^1/_4$ procentiger Lysollösung (50 — 150 g), innerlich wurde Salol ($^1/_4$—$^1/_2$ g), Naphthalin und Benzonaphthol gegeben.

Unter den allgemeinen Ursachen der Enuresis spielt nach Martin (3) die Heredität zweifellos eine Rolle; man sieht das schon daraus, dass oft zwei und mehr Kinder derselben Eltern daran erkranken. Unter den constitutionellen Krankheiten sind als prädisponirende Momente zu nennen Anaemie, Tuberculose, Chorea, Rachitis, ferner Gastrointestinalcatarrhe. Von localen Ursachen wirken mit Phimosis, Adhäsionen zwischen Glans und Vorhaut, Vulvovaginalcatarrhe, Analfissuren, Reizung durch Würmer. Weiterhin ist die Beschaffenheit des Urins zu prüfen, ob übermässig sauer oder alkalisch, auf Eiweiss und Zucker, ob Steine in der Blase oder Cystitis vorhanden ist. Schliesslich ist der Nasenrachenraum bezüglich adenoider Wucherungen zu untersuchen, da diese oft mit Enuresis gemeinsam angetroffen werden. Die Prognose quoad sanationem ist gut, da die meisten Fälle — allerdings mitunter erst nach der Pubertät — ohne Behandlung ausheilen. Die Behandlung besteht, soweit locale Ursachen vorhanden sind (Peumonie etc.) in der Beseitigung dieser; ferner Regelung der Diät: leichte Speisen, keine geistigen Getränke, keine Flüssigkeiten vor dem Zubettgehen, Hochlagerung des Unterkörpers. Kalte Waschungen des ganzen Körpers, besonders der Wirbelsäule. Medicamente leisten meist sehr wenig Erfreuliches; angewandt werden mit wechselndem Erfolge Brompräparate, Ergotin, Eisen, Leberthran, Phosphor, Belladonna, Rhus aromatica.

Köster (5) empfiehlt noch einmal eine electrische Behandlungsmethode, welche sein Chef Seeligmüller schon vor 20 Jahren publicirt hat. Das Verfahren besteht in Folgendem:

Der Kranke legt sich, nachdem er auf Befehl seinen Urin entleert hat, auf das Untersuchungssopha lang ausgestreckt. Die Anode (+) des faradischen Stromes wird mit einem mittelgrossen, runden Stromgeber armirt und über der Schamfuge auf die Bauchhaut gesetzt, wo sie von der Begleitperson des Kranken oder diesem selbst gehalten wird. Die Leitungsschnur der Kathode (—) wird nicht armirt, sondern das Drahtende, an das man den Stromgeber anzuschrauben pflegt, gut mit 5 proc. Carbollösung gereinigt, 1—1,5 cm weit in die Urethra des liegenden Patienten eingeführt und vom Arzt in seiner Stellung gehalten. Nachdem man beim Schlittenapparat die secundäre Spirale von der primären möglichst weit entfernt, resp. den Eisenkern entsprechend gestellt hat, wird der Strom geschlossen. Der Kranke fühlt jetzt noch nichts oder nur sehr wenig. Nun verschiebt man ganz allmälig die secundäre Rolle (resp. den Eisenkern) bis zur Erzielung einer hohen Stromstärke, welche man zwei bis drei Minuten einwirken lässt. Sodann geht man langsam zurück bis zum äussersten Stromminimum, wartet eine Minute, um hierauf den Strom von neuem schwellen zu lassen. Dieses An- und Abschwellen des Stromes wiederholt man im ganzen dreimal. Damit ist die Sitzung beendet. In vielen Fällen reicht diese eine Behandlung zur Heilung aus. Anderenfalls werden in den nächsten Tagen je nach Bedarf 1 oder mehreren Sitzungen angeschlossen.

Unter den 24 von Goldberg (8) untersuchten Kindern fand sich Eiweisstrübung (meist ganz gering) 13 mal u. zw. zeigt sich eine deutliche Abnahme des Procentsatzes der eiweisshaltigen Harne mit zunehmendem Lebensalter (50 pCt. unter 3 Jahren). Im Sediment wurde gefunden Harnsäure 21 mal, harnsaures Natron 23 mal, harnsaures Ammonium 7 mal. Leukocyten wurden 5 mal gar nicht gefunden, im übrigen in geringer Anzahl; rothe Blutkörperchen vereinzelt. Cylinder nie.

Thomas (10) macht darauf aufmerksam, dass bei der Diagnose des kindlichen Scorbut zu wenig Gewicht auf die Beschaffenheit der Nieren gelegt werde. Die Nieren sind in einer grossen Zahl der Fälle afficirt.

Die Beschaffenheit des Bluts beim Scorbut übt wahrscheinlich einen Reiz auf die Nieren aus. Es giebt Scorbuterkrankungen, bei denen die Nierenerscheinungen die ersten und einzigen Symptome sind.

Keller (11) hat in der Breslauer Kinderklinik 7 Fälle von cyklischer Albuminurie beobachtet. Er hat sein Hauptinteresse dem Nachweis von Eiweiss zugewendet und zwar: wann Eiweiss auftritt, wie viel ausgeschieden wird und welche Eiweisskörper sich finden. Wesentlich Neues bringen seine Untersuchungen nicht. Aus einer Reihe von Tabellen geht mit Bezug auf die obigen Fragen hervor, dass der Eiweissgehalt bei der cyklischen Albuminurie nicht mehr in den Grenzen liegt, die für physiologische Albuminurie angegeben werden. Auch bei Bettruhe in Horizontallage wird Eiweiss ausgeschieden, aber in so geringer Menge, dass es sich dem Nachweis mit unseren gewöhnlichen Reagentien entzieht. Die Menge des ausgeschiedenen Eiweisses unterliegt starken Schwankungen. Was die Art der Eiweisskörper anlangt, so wurde in allen Fällen, wenn überhaupt Eiweiss vorhanden war, auch Nucleoalbumin, Albumin und Globulin gefunden.

Gibbons (13) hat 4 Fälle von Nierencolik beobachtet und glaubt, dass dieselbe gar nicht so selten sei, aber meist mit Darmcolik verwechselt werde. Bemerkenswerth ist, dass sämmtliche Kinder aus der besseren Privatpraxis stammten und dass die Eltern sämmtlicher Kinder gichtleidend waren. Der Anfall kam immer ganz plötzlich, ohne dass Kinder vorher irgend welche krankhaften Erscheinungen gezeigt hatten. Der Urin enthielt kleine Quantitäten von Eiweiss, microscopisch Schleimkörperchen, rothe Blutkörperchen und zahlreiche Harnsäurekrystalle.

D'Arcy Power (15) hat ein Sarcom der Vagina selber gesehen und ausserdem aus der englischen, amerikanischen und deutschen Literatur 25 Fälle zusammengestellt, deren Krankengeschichten er mittheilt. Die Geschwülste beschränken sich in der Regel nicht auf die Vagina, sondern greifen auf die Beckenorgane, auf Blase, Urethra, Uterus über. Die Prognose ist eine sehr ernste, der Verlauf fast immer ein rapider. Obgleich häufig ein Wiederauftreten der Geschwulst beobachtet ist, ist doch frühzeitige Operation immer anzurathen, da in einem oder zwei Fällen Heilung erzielt worden ist.

7. Krankheiten der Neugeborenen.

1) Steffen, W., Congenitale Verlagerung der linken Niere. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 41. 3—4. — 2) Giese, O., Ueber Defect und congenitale Obliteration der Gallenausführungsgänge und der Gallenblase. Ebendas. XLII. 2. — 3) Jacob, Paul, Ein Fall von congenitaler Anonychie. Deutsche med. Wochenschr. 132. — 4) Stooss, Zwei Fälle von angeborenem Afterverschluss. 20. Bericht des Jenner'schen Kinderspitals in Bern. — 5) Schmidt, A., Ueber die Pflege kleiner Frühgeburten. Jahrb. f. Kinderheilk. XLII. 3—4. — 6) Finkelstein, H., Ueber angeborene Pylorusstenose im Säuglingsalter. Ebendas. XLIII.

Giese (2) stellt sämmtliche 27 in der Literatur auffindbaren einschlägigen Fälle nebst dem selber beobachteten zusammen und entwirft auf Grund derselben das Krankheitsbild. Der Anomalie können mannigfache Ursachen zu Grunde liegen: während in einer Anzahl von Fällen die Missbildung auf Vitium primae formationis zurückzuführen ist, lassen sich andere auf Kosten einer primären Syphilis der Leber setzen; sodann muss noch eine Entzündung der Gallenwege als ursächliches Moment einer Verwachsung angenommen werden. Was die klinischen Symptome anlangt, so sind neben dem Icterus, der bald angeboren ist, bald kurz nach der Geburt auftritt, die farblosen, thonartigen Defäcationen das Hauptsymptom der Erkrankung. Nicht immer so ausgesprochen ist hingegen das Vorhandensein von Gallenfarbstoffen im Urin. Temperaturerhöhungen sind selten vorhanden. Ueberhaupt ist in den meisten Fällen die merkwürdig geringe Störung des Allgemeinbefindens auffallend, die in gar keinem Verhältniss zu der Schwere des Processes steht. Schliesslich beginnen aber doch sich mehr und mehr zunehmende Ernährungsstörungen bemerkbar zu machen, es treten Erbrechen und Diarrhöen auf, auch Darm- und Magenblutungen und unter den Erscheinungen der Cholaemie und eines hochgradigen Marasmus erfolgt oft auch durch intercurrente Erkrankungen nach einiger Zeit ausnahmslos der Tod. Die Lebensdauer schwankt zwischen wenigen Stunden und 8 Monaten. Die Prognose ist stets ungünstig, die Therapie völlig machtlos.

Schmidt (5) legt die Erfahrungen nieder, die er bei seinem, 70 Tage vor dem normalen Termine mit dem Gewicht von 1490 g geborenen Kinde gemacht hat. Die Mittheilungen, die er über Warmhaltung, Baden, Kleiden von Frühgeburten macht, sind lesenswerth, enthalten aber nichts Neues. Practisch ist eine Neuerung, die er an der gewöhnlichen, birnförmigen Milchpumpe angebracht hat. Um das unvermeidliche Einfliessen von Speichel in die Milchpumpe zu verhindern, hat er einen kleinen Apparat, der nach dem Princip der Wulf'schen Flasche eingerichtet ist, in den in der Mitte durchschnittenen Schlauch, der von der Spitze der Milchpumpe zum Munde des Saugenden führt, eingeschaltet. Es fängt sich dadurch aller Speichel darin auf und kein Tropfen davon kann in die Birne der Milchpumpe überfliessen.

Krankheiten der Athmungsorgane

bearbeitet von

Privatdocent Dr. R. STERN in Breslau.*)

I. Allgemeines.

1. Allgemeine Pathologie.

1) Godlee, Rickman J., Clinical lecture on bone and joint changes in connection with thoracic disease. The Brit. med. Journ. 11. July a. 18. July. (Handelt hauptsächlich von der Osteo-arthropathie hypertrophiante pneumique.) — 2) Marie, Pierre, Déformations thoraciques dans quelques affections médicales. Gaz. hebdomadaire de méd. et de chirurg. 16. févr. — 3) Sticker, Georg, Atrophie und trockene Entzündung der Häute des Respirationsapparates; ihre Beziehung zur Syphilis. Arch. f. klin. Med. 57. — 4) Stern, R., Ueber traumatische Entstehung innerer Krankheiten. Klinische Studien mit Berücksichtigung der Unfall-Begutachtung. 1. Heft. Krankheiten des Herzens und der Lungen. Jena.

Pierre Marie (2) bespricht in einer klinischen Vorlesung die Trichterbrust (Ebstein) und die verschiedenen bei Dystrophia muscularis sich entwickelnden Thorax-Deformitäten, insbesondere die „Wespentaille."

Einen neuen „metasyphilitischen" Symptomen-Complex glaubt G. Sticker (3) in der „Xerose" (trockene Entzündung und Atrophie) der Schleimhäute des Respirations-Apparates (Nasenrachenraum, Kehlkopf, Trachea, Bronchien) gefunden zu haben. Die mangelhafte Entwickelung des lymphatischen Rachenapparates soll eines ihrer wesentlichen Kennzeichen sein. „Die chronische Xerose der Schleimhäute unterscheide sich von ähnlichen trockenen Zuständen, welche in (wie Verf. meint) seltenen Fällen durch äussere Schädlichkeiten hervorgerufen würden, durch ihren Widerstand gegen alle Hygiene und Therapie." Sowohl die Berechtigung des von Sticker aufgestellten Krankheitsbegriffes als auch die Beziehungen der „Xerose" zur Syphilis dürften weiterer Bestätigung dringend bedürftig sein.

Die Rolle des Traumas in der Aetiologie der inneren Krankheiten hat R. Stern (4) zum Gegenstande klinischer Studien gemacht, deren 1. Heft die Krankheiten des Herzens und der Lungen behandelt. Von den Krankheiten der Lungen werden acute und chronische Lungenentzündungen, -Gangrän, -Tuberculose, -Tumoren behandelt, zum Schluss die Pleuritis. Das Buch ist bereits im Abschnitt „Unfallkrankheiten" Bd. I. S. 424 f. besprochen.

2. Allgemeine Therapie.

1) Liebig, G., Die Saug- und Druckkraft des Thorax in der pneumatischen Kammer. Münch. med. Wochenschr. No. 13. — 2) Steinhoff, Welche Bedeutung hat die mechanische Behandlung für den Verlauf chronischer Erkrankungen der Athmungsorgane, z. B. die Behandlung des Asthma? Berl. kl. Wchschr. No. 38 u. 39. — 3) Otis, Edward O., The value of respiratory gymnastics in maintening the integrity of the lungs and as an aid in the treatment of diseases of these organs. Boston medical and surgical journal. Vol. CXXXIV. No. 22. (Nichts Neues.) — 4) Campbell, Colin, The treatment of respiratory affections by means of large medical injections through the larynx. Med. chirurg. transactions. Vol. 87. (Tritt für die intratracheale Application von Medicamenten bei Phthise [besonders auch bei Haemoptoë], Asthma u. a. ein.)

3. Sputum.

1) Lanz, Friedrich, Ueber den Stickstoff- bezw. Eiweissgehalt der Sputa bei verschiedenen Lungenerkrankungen und den dadurch bedingten Stickstoffverlust für den Organismus. Arch. f. klin. Med. 56. — 2) Müller, Friedrich, Untersuchungen über die physiologische Bedeutung des Schleims der Respirationsorgane. Sitzungsberichte der Gesellschaft zur Beförderung der ges. Naturwissensch. zu Marburg. No. 6. — 3) West, Samuel, On calcareous masses expectorated from the lungs. St. Barthol. Hosp. Rep. Vol. XXXI.

Stickstoffbestimmungen im Sputum, die Lanz (1) an der Klinik von Jaksch (nach der Kjeldahl'schen Methode) ausführte, ergaben bei Lungentuberculose im Mittel 0,68 pCt. N. Der tägliche N-Verlust durch das Sputum betrug im Mittel 0,66 g, also eine nicht ganz unbeträchtliche Menge. Bei croupöser Pneumonie fanden sich z. Th. noch höhere procentuale Werthe (Blutgehalt!).

*) Wegen Behinderung des Herrn Prof. Kast hatte Herr Privatdocent Dr. Stern in Breslau die Güte, das Referat für dieses Jahr zu übernehmen. D. Red.

F. Müller (2) beschäftigt sich mit der physiologischen Bedeutung des Schleims der Luftwege. Eine bacterientödtende Wirkung kann dem Schleim nicht zugeschrieben werden, doch hindert derselbe mechanisch die Fortbewegung der Bacterien. Müller's Mittheilung enthält ferner wichtige chemische Untersuchungen über den Schleim der Sputa.

4. Nervöse Störungen der Athmung.

1) Strübing, Ueber Neurosen der Athmung, Spanopnoë und Tachypnoë. Zeitschr. f. klin. Medicin. Bd. 30. H. 1 u. 2. — 2) Stern, R., Ueber Cheyne-Stokes'sches Athmen und andere periodische Aenderungen der Athmung. Verhandl. des XIV. Congresses für innere Medicin. Wiesbaden.

Strübing (1) bespricht unter Anführung eigener Beobachtungen die abnorm verlangsamte („Spanopnoë") und die abnorm beschleunigte Athmung nervösen Ursprungs. Die interessante Arbeit ist zu kurzem Referat nicht geeignet.

Bei einem Patienten mit periodisch auftretender Herabsetzung sämmtlicher Functionen der Grosshirnrinde („periodische Schwankungen der Hirnrindenfunctionen") beobachtete R. Stern (2) zeitweise Cheyne-Stokes'schen Athmen. Der Athmungsstillstand fiel mit den Perioden herabgesetzter Function zusammen. Das Cheyne-Stokes'sche Athmen kann deshalb als specieller Fall des von St. beschriebenen allgemeineren Phänomens aufgefasst werden. Bei zwei anderen Patienten, die jene „Schwankungen" in schwächerer Intensität zeigten, war nach einer bestimmten Zahl von Athemzügen eine abnorm tiefe Respiration (während oder unmittelbar nach der Schwankung) zu constatiren. St. weist auf die nahe Verwandtschaft dieser periodischen Störungen der Athmung mit dem Cheyne-Stokes'schen Phänomen hin.

[Pawinski, J., Paroxysmale Polypnoë vom klinischen Standpunkte. Gazeta lekarska. No. 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 11, 12.

Auf Grund von 18 erschöpfend mitgetheilten und allseitig kritisch beleuchteten Fällen gelangt Verf. zum Schlusse, dass diese Erscheinung immer von der Medulla oblongata ihren Ausgangspunkt nimmt. Und zwar tritt die Polypnoëa paroxysmalis auf: 1. als rein nervöses Symptom abhängig von einer Reizung des Respirationscentrums z. B. durch moralische Erschütterung, Affect u. s. w., ferner ohne sichtbare Ursache unter Erscheinungen, welche auf Störungen in der Sphäre der vasomotorischen Nerven hinweisen. Bei dieser Form ist die Respiration meist oberflächlich, das Gefühl der Athemnoth fehlt oder ist gering, der Puls wenig verändert.

2. In anderen Fällen ist Autointoxication des Organismus die Ursache der Polypnoë, wie sie bei Acetonurie, bei Nierenkrankheiten, uratischer Diathese und Arteriosclerose auftritt. In therapeutischer Hinsicht wird gegen die Anfälle nervöser Natur physische und psychische Ruhe, im äussersten Falle Morphium empfohlen. Sind aber pathologische Veränderungen Seitens des Herzens, der Gefässe und Nieren u. s. w. vorhanden, dann hat man in leichten Fällen nur auf Ruhe sich zu beschränken, bei schweren Anfällen je nach der Beschaffenheit des Pulses, entweder Morphium, Chloral, bei drohendem Lungenödem Aderlass. Entleerung von Transsudaten, Punction der Haut der ödematösen unteren Extremitäten u. s. w., oder Tonica und Cardiaca (Coffein, Wein, Campher u. s. w.) anzuwenden. **Spira** (Krakau).]

II. Krankheiten der Bronchien.

1. Bronchitis, Bronchiectasie, Fremdkörper.

1) Hoffmann, F. A., Die Krankheiten der Bronchien. Nothnagel's specielle Pathologie u. Therapie. Bd. XIII. III. Th. 1. Abtheil. Wien. — 2) Cassaët, E., De la simulation de la tuberculose pulmonaire par certains infectious bronchiques aiguës. Arch. clin. de Bordeaux. — 3) Corish, John L., Oxygen in the treatment of acute capillary bronchitis. Medical record. 3. Oct. — 4) Nascimbene, A., A proposito di un caso di broncho-Alveolite subacuta. Gazetta med. lombarda. 13. (Casuistik.) — 5) Duret, H., Dilatations des bronches, occupant le lobe intérieur du poumon droit, consécutives à une coqueluche grave et très ancienne. Arch. général. Janv. (Pneumotomie mit günstigem Ausgange.) — 6) Brian Dobell, C., A case of bronchiectasis treated by inhalation of coal tar creosote vapour. The brit. med. journ. 20. June. — 7) Sokolowski, A., Ueber die idiopath. fibrinöse Bronchitis. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 56. — 8) Buberl, Leonhard, Fremdkörper im Bronchus, Tod durch Perforation der Lungenarterie. Wien. med. Woch. No. 35. (Ein unbemerkt in die Luftwege des Patienten aspirirtes Holzstück hatte zu eitriger Bronchitis, Bronchiectasie und der in der Ueberschrift erwähnten tödtlichen Complication geführt.)

Eine ausgezeichnete Bearbeitung der Bronchien-Krankheiten mit reichen Literatur-Angaben hat F. A. Hoffmann (1) in dem Nothnagel'schen Handbuch geliefert.

Cassaët (2) theilt 4 Fälle mit, in denen eine infectiöse Bronchitis zeitweilig in ihren klinischen Erscheinungen das Bild der Phthise vortäuschte. Indess ergab die Untersuchung der Sputa das Fehlen von Tuberkelbacillen, dagegen das Vorhandensein von Streptococcen. Der Ausgang war ein günstiger.

Corish (3) giebt an, guten Erfolg von wiederholten Sauerstoff-Inhalationen bei capillarer Bronchitis eines Neugeborenen gesehen zu haben.

In einem Falle acuter fibrinöser Bronchitis, der mit hohem Fieber unter den Zeichen schwerer Infection verlief, fand Sokolowski (7) im Sputum Staphylococcen. Ausserdem theilt S. drei chronisch verlaufende Fälle mit Auswurf von Bronchialgerinnseln mit, die nichts Neues bieten.

[Putermann, J., Beitrag zur Casuistik der Bronchitis fibrinosa idiopathica. Medycyna. No. 28, 29. (Casuistische Mittheilung.) **Spira** (Krakau).]

2. Asthma bronchiale.

1) Katz, Julius, Ueber das Auftreten von Asthma bronchiale nur während der Menstruation. Deutsche med. Wochenschr. No. 50. — 2) Levy-Dorn, Max, Ein asthmatischer Anfall im Röntgenbilde. Berl. klin. Wochenschr. 23. Nov. — 3) Montessori, Maria, Sul significato dei cristalli del Leyden nell' astma bronchiale. Bull. della Soc. Lancis. XVI. (M. giebt an, beim Zerquetschen und Verreiben asthmatischen Sputums, welches nur kleine Crystalle enthielt, die Entstehung grösserer Crystalle [bei gleichzeitiger Abnahme der Zahl] beobachtet zu haben.)

Katz (1) beobachtete bei einer 32jährigen, nicht nervösen Patientin echtes „Asthma uterinum"; die typischen Anfälle mit characteristischem zähem Sputum (Charcot-Leyden'schen Crystallen und Spiralen) traten seit einem Jahre regelmässig zur Zeit der Menstruation auf.

Levy-Dorn (2) hatte zufällig Gelegenheit, einen leichten asthmatischen Anfall mittelst Röntgenstrahlen zu beobachten. Die linke Hälfte des Zwerchfells bewegte sich mühsam nach oben, die rechte Hälfte stand ganz still. Wahrscheinlich handelte es sich nicht um einen Krampf des Zwerchfells, sondern um passiven Tiefstand und einseitiger Fixirung durch Lungenblähung.

III. Krankheiten der Pleura.

1. Pleuritis.

1) Aschoff, A., Zur Aetiologie der serösen Pleuritis. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XXIX. H. 5 u. 6. — 2) Chauffard, Pathogénie des pleurésies traumatiques. Sem. méd. No. 11. — 3) Schlesinger, Bemerkungen zu einem Fall von metapneumonischem interlobärem Empyem mit Durchbruch in die Lunge. Mittheilungen von den Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie. Bd. I. — 4) Stephan, Een Geval van Pleuritis Diaphramatica. Weekblad. 4. Juli. (Casuistik.) — 5) Le Fevre, Egbert, Significance of pleurisy and some points in its treatment. Med. Record. Vol. 49. No. 6. (Bespricht zum grossen Theil die Beziehungen der Pleuritis zur Tuberculose, ohne wesentlich Neues zu bringen.) — 6) Parsons, A. R., Notes on clinical cases. Dublin Journ. Sept. 1. (Casuistische Mittheilungen über Empyem und Pneumonie.) — 7) Goetz, Ed., A propos d'un cas de pleuro-péricardite tuberculeuse. Revue méd. de la Suisse romande. 3. (Casuistik.) — 8) Gottschalk, Paul, Plötzlicher Tod bei Pleuritis exsudativa. Inaug.-Dissert. Berlin. (Zusammenstellung der seit den Arbeiten von Leichtenstern und Holsberg veröffentlichten Fälle und Mittheilung einer weiteren Beobachtung aus der Leyden'schen Klinik.) — 9) Feltz, Une cause probable de la purulence de l'epanchement pleurétique à la suite de la thoracentèse. Gaz. hebdom. de méd. et de Chir. No. 11. — 10) Aron, E., Ueber die Nachbehandlung der Pleuritis. Therap. Monatsh. No. 9. (Empfiehlt die Behandlung im pneumatischen Cabinet.) — 11) Bohland, K., Weitere Mittheilungen über die Bülau'sche Heberdrainage bei der Empyembehandlung. Dtsch. med. Wchschr. No. 13 u. 14.

Aschoff (1) hat auf der Abtheilung A. Fränkel's 200 seröse pleuritische Ergüsse bacteriologisch untersucht (Aussaat auf Agar, in einigen Fällen daneben intraperitoneale Impfung von weissen Mäusen). Nur 7 ergaben ein positives Resultat; zwei von diesen (1 Tuberculose und 1 Sepsis) starben nach wenigen Tagen; Section verboten. Von den übrigen 5 waren: 2 metapneumonisch (1 Streptococcen, 1 Pneumococcen), 2 sog. idiopathisch (1 Streptococcen, 1 Pneumococcen), 1 im Anschluss an Lungengangrän (Streptococcen). Alle 5 kamen früher oder später zur Vereiterung. Von 12 mit dem Exsudat „idiopathischer" Pleuritiden intraperitoneal geimpften Meerschweinchen blieben nur 3 (d. h. 25 pCt.) gesund. Von 12 mit dem Exsudat sicher tuberculöser Pleuritiden blieben sogar 5 (41 pCt.) gesund.

Unter drei Fällen traumatischer Pleuritis konnte Chauffard (2) zweimal durch Injection des serösen Exsudats in die Peritonealhöhle von Meerschweinchen Tuberkelbacillen nachweisen. Der Verlauf dieser beiden Fälle — in denen wahrscheinlich eine latente Lungentuberculose vorlag — unterschied sich, soweit die Beobachtung reichte (3—10 Monate) nicht wesentlich von dem des dritten Falles, bei dem die bacteriologische Untersuchung ein negatives Resultat ergeben hatte. In allen 3 trat anscheinend völlige Heilung ein.

W. Schlesinger (3) theilt einen klinischen Vortrag Naunyn's über einen Fall von metapneumonischem, interlobärem Empyem mit. Der Empyem sass, wie diagnosticirt (Probepunction) und durch die Operation festgestellt wurde, zwischen rechtem Ober- und Mittellappen. Im Sputum und in der Punctionsflüssigkeit fanden sich elastische Fasern und Hämatoidinnadeln. Naunyn hält es für unwahrscheinlich, dass es sich um Lungenabscess mit secundärem Durchbruch in die Pleura gehandelt haben könnte. Den erwähnten Befund erklärt er so, dass das metapneumonische Empyem in die Lunge durchgebrochen sei und zur Zerstörung von Lungengewebe geführt habe. Ein Theil der in der Literatur beschriebenen Fälle von Ausgang der croupösen Pneumonie in Lungenabscess sei vielleicht in dieser Weise zu deuten.

Feltz (9) glaubt, dass die rasche Umwandlung eines serösen Exsudates in ein eitriges nach einer von ihm — wie er sagt, unter den gewöhnlichen antiseptischen Cautelen — vorgenommenen Punction dadurch verursacht wurde, dass er die Punction an der Stelle einer noch eiternden, durch ein Blasenpflaster gesetzten Wunde gemacht hat. Er warnt in Folge dessen vor einem derartigen Vorgehen, dessen Unzweckmässigkeit und Gefährlichkeit allerdings wohl nicht erst durch practische Erfahrungen bewiesen werden brauchte.

Bohland (11) verfügt über 20 Fälle von Empyemen, in denen er die Bülau'sche Heberdrainage angewandt hat. Darunter waren 13 uncomplicirte (metapeumonische und „idiopathische") Empyeme, von denen 10 glatt heilten, einer wegen Dickflüssigkeit des Exsudates sehr bald resecirt wurde und zwei starben (mittlere Heilungsdauer 59 Tage, bei den metapneumonischen Empyemen 35 Tage). Bei 3 durch Tuberculose (2 davon auch durch Pneumothorax) complicirten Empyemen war nur bei dem einen Besserung erzielt worden, die beiden anderen endeten tödtlich. Zwei jauchige Empyeme heilten ohne Störung.

2. Pneumothorax.

1) Fraenkel, A., Ueber Pneumothorax. Zeitschr. f. pract. Aerzte. V. Jahrg. No. 13. — 2) Weismayr, Alexander R. v., Ein Beitrag zum Verlauf des tuberculösen Pneumothorax. Wien. klin. Wochenschr. No. 24. (5 Jahre lang bestehender tuberculöser, in den letzten Monaten offener Pneumothorax.) — 3) Aron, E., Zur Behandlung des Pneumothorax. Deutsche med. Wochenschr. No. 36. (Intrapleurale Druckmessungen in einem Falle von Pneumothorax; Verf. wiederholt seinen schon früher gemachten Vorschlag, den Pneumothorax mit Drainage nach Art der Bülau'schen Methode zu behandeln.) — 4) Grésillon, A., La thoracentèse dans le traitement du pneumothorax. Thèse de Paris. Re-

ferirt Gazette hebdom. de méd. et de chir. No. 20. (Zusammenfassende Darstellung.) — 5) Petrone, Angelo, Nuovo segno dello pneumotorace nel cadavere e conseguente modifica della tecnica. Atti del Academia Gioenia di scienze naturali in Catania. Vol. VIII. Ser. 4a.

Fränkel (1) beschreibt einen Fall von Pneumothorax bei einem Emphysematiker, der wahrscheinlich durch eine Probepunction entstand. Er glaubt, dass durch das mangelhafte Retractionsvermögen der — wie später die Section erwies — ungewöhnlich schlaffen Lunge der sonst gewöhnlich sofort eintretende Verschluss der Stichöffnung verhindert wurde. Bemerkenswerth war die eigenthümliche Athmungsweise unmittelbar nach dem Eintritt des Pneumothorax; die kranke Seite wurde bei jeder Inspiration mit grosser Energie nach einwärts gezogen. Fr. erklärt dies aus der durch den Pneumothorax verursachten Abflachung der betreffenden Zwerchfellshälfte, wodurch der Zug des Zwerchfells ganz auf die Seitenwand des Brustkorbes wirken konnte.

Petrone (5) hält es für zweckmässig, zum Nachweis des Pneumothorax an der Leiche zunächst die Bauchhöhle zu eröffnen und nach Entfernung der Eingeweide und der Zwerchfellkuppel, die auf der Seite des Pn. herabgedrängt ist, das Zwerchfell zu percutiren. Aus dem Gefühl und dem tympanitischen Schall könne man die Luft-Ansammlung diagnosticiren, was für gewisse Fälle vor dem gewöhnlich geübten Verfahren Vortheile biete.

3. Chylothorax.

Erb, W., Ein Fall von Chylothorax bei einem Kranken mit hochgradiger Lymphangiectasie am linken Bein. Naturhistor.-medicin. Verein Heidelberg. Referirt Münch. medic. Wochenschrift. No. 5.

In diesem sehr interessanten Falle bestand gleichzeitig mit bedeutendem rechtsseitigen Chylothorax eine ausgedehnte cavernöse Lymphangiectasie am linken Bein, die am Poupart'schen Rande scharf abgeschnitten aufhörte. Wiederholte Punctionen der Pleura (je 2 bis $3^1/_2$ l) und der Lymphangiectasie (500—1000 ccm) ergaben fast die gleiche milchig getränkte Flüssigkeit, in der Eiweiss, Fett, Zucker in ganz analoger Weise, wie im Chylus nachgewiesen wurde (Kühne). Die aus der Lymphangiectasie entleerte Flüssigkeit war etwas dünner, mehr in's gelblichröthliche spielend und enthielt etwas mehr weisse und rothe Blutkörperchen, dagegen weniger Fetttröpfchen, als der Pleurainhalt. Die Section des an Infection vom linken Bein aus verstorbenen Patienten ergab, wie intra vitam angenommen, von der Lymphangiectasie am Bein setzte sich der gleiche Process längs den grossen Gefässen bis zur Cysterna chyli und über diese hinaus neben dem Ductus thoracicus in das Mediastinum und in die Lymphwurzeln der Pleura fort, die zum Theil offen mit der Pleurahöhle communicirten. Eine ausführlichere Mittheilung des Falles stellt E. nach vollendeter anatomischer Untersuchung in Aussicht.

4. Tuberculose.

Pérou, Albert N., Recherches anatomiques et expérimentales sur les Tuberculoses de la Plèvre. Arch. génér. de Méd. février — juillet. (Sehr ausführliche Arbeit; histologische Untersuchungen der serös-fibrinösen und eitrigen tuberculösen Pleuritis beim Menschen; experimentelle Erzeugung tuberculöser Pleuritis beim Hunde; Untersuchungen über intraperitoneale Verimpfung von Exsudatflüssigkeiten zu diagnostischen Zwecken.)

5. Maligne Tumoren.

Blumenau, W., Primäres Sarcom der Pleura. Deutsch medic. Wochenschrift. No. 4. — Magnol Carcinome de la Plèvre gauche, consécutiv à un cancer du rein droit, Difficulté du diagnostic, Mort, Autopsie. Nouveau Montpellier médical. (Beides casuistische Mittheilungen.)

IV. Krankheiten der Lungen.

1. Pneumonie.

1) Busse, W., Statistische Zusammenstellung von 205 Fällen von fibrinöser Lungenentzündung. Inaug.-Diss. Greifswald. — 2) Koschella, Hans, Ueber die Todesursachen bei croupöser Pneumonie. Münchener medicin. Abhandlungen. 65. Heft. I. Reihe. 23. Heft. München. — 3) Squire, Edward J., Some clinical remarks on Pneumonia. The Lancet. 4. April. — 4) Ayer, J. B., Senile Pneumonia. Boston medical and surgical Journal. Vol. CXXXIV. No. 13. (Klinische und statistische Mittheilungen über Pneumonie im Greisenalter.) — 5) Kennan, Richard H., The myotatic irritability of the pectoral muscles as an early sign of acute croupous pneumonia. Dublin Journal. Febr. (Starke Erregbarkeit des Musc. pectoralis maj. beim Beklopfen soll ein frühzeitiges Zeichen der croupösen Pneumonie sein; die gesteigerte Erregbarkeit findet sich auf der kranken Seite.) — 6) Bussenius, Fibrinöse Lungenentzündung bei einer Zuckerkranken. Gesellsch. der Charitéärzte ref. Berl. klin. Wochenschr. No. 19. — 7) Müller, Johannes, Schwefelwasserstoffbildender Bacillus als Erreger von Pneumonia crouposa. Centralbl. f. innere Medicin. No. 26. — 8) Smith, Andrew H., Prognosis in Pneumonia. Medical record. Vol. 49. No. 19. (Whole No. 1331.) — 9) Kynaston Couch, J., A case of lobar pneumonia with a hyperpyrexial temperature of 109° F. Recovery. The british medic. journ. 24. Oct. — 10) Taylor, Basil M., The treatment of Pneumonia. Medic. record. 3. Oct. — 11) Macartney, W. N., The treatment of pneumonia. Medical record. Vol. 50. No. 12. 19. Sept. (Tritt besonders für diaphoretische Behandlung und für den Aderlass [unter näher erörterten Bedingungen] ein.) — 12) Kenner, Robert C., The treatment of croupous pneumonia. Med. and Surg. Rep. March 7. (Zum grossen Theil Citate aus bekannten Autoren.) — 13) Stone, C. E., The treatment of pneumonia. Ibid. Jan. 4. (Kurze, nichts Neues bringende Mittheilung.) — 14) West, Samuel, Case of acute pneumonia with hyperpyrexia treated by frequent baths spongings and packings with recovery. Hospital reports. 4. July. — 15) Havilland Hall, F. de, The bronchitis kettle, poultices and over-feeding in acute lung affections. The lancet. 18. Avril. — 16) Bassi, Guiseppe, Cura della pneumonite acuta grave colla iniezione endovenosa di siero artificiale. Estratto dalla Gazetta degli Ospedali e delle Cliniche. No. 68.

Auf Bollinger's Anregung hat Koschella (2) die Sectionsbefunde von 97 an croupöser Pneumonie verstorbenen Erwachsenen tabellarisch zusammengestelt. Besonders wurde auf die Grösse des Exsudats, auf den Ernährungszustand, den Blutgehalt der Leichen, die Befunde am Herzen und Complicationen geachtet. Verf.

gelangt zu folgenden (nichts Neues bietenden) Schlüssen: der Tod tritt am häufigsten in Folge von Herzinsuffienz, in anderen Fällen in Folge von Complicationen, in noch anderen wahrscheinlich unmittelbar durch Intoxication mit den Stoffwechselproducten der Microorganismen ein.

Im Sputum einer an fibrinöser Pneumonie leidenden Diabetes-Kranken konnte Bussenius (6) $^1/_4$ pCt. Zucker nachweisen. Unter 4 tuberculösen Sputis fanden sich in einem Spuren von Zucker.

In dem Falle Müller's (7) — croupöse Pneumonie mit auffällig langer Prodromalzeit — zeigte der Harn deutlichen Schwefelwasserstoffgehalt und zahlreiche Bacterien. Dieselben Bacterien — wahrscheinlich zur Gruppe des Bacterium coli gehörig — fanden sich im Sputum und in dem eine Stunde post mortem aus der Schenkelvene entleerten Blute des Patienten. Der Bacillus producirte auf allen gewöhnlichen Nährböden reichlich H_2S. Die Beschreibung seiner sonstigen Eigenschaften ist ziemlich unvollständig. Ueber eine bacteriologische Untersuchung der inneren Organe, speciell der Lungen, wird nichts mitgetheilt.

In einer Besprechung der Prognose der Pneumonie betont Smith (8) das Schwächerwerden des 2. Pulmonaltons als ein ungünstiges Zeichen. Die übrigen Bemerkungen, u. a. über die prognostische Bedeutung der Leucocytose, decken sich mit den allgemein geltenden Anschauungen.

Die Aufsätze von Taylor (10), Macartney (11), Kenner (12), Stone (13) und Havilland Hall (15) enthalten die Anschauungen dieser Autoren über die verschiedenen Behandlungsmethoden der Pneumonie und sind zu kurzem Referat nicht geeignet.

Bassi (16) giebt an, mit den von Galvagni empfohlenen intravenösen Injectionen künstlichen Serums in schweren Fällen von Pneumonie gute Erfolge erzielt zu haben.

[1) Kulneff, N., Primäre Septicaemie und sogen. zellige Pneumonie. Hygiea. LVIII. 3. p. 278—302. — 2) Faber, Ueber chronische Streptococcenpneumonie. Forsta nordiska kongressen för invörtes medicin i Göteborg den 27., 28. och 29. Augusti. Ibidem. LVIII. 9. p. 292—293.

Nach Kulneff (1) ist primäre Septicaemie eine Allgemeininfection infolge entzündungserregender Bacterien ohne Vermittelung eines früheren Entzündungsherdes. Die Gravität der Krankheit kann natürlicherweise höchst verschieden sein, was hier wie bei allen Infectionskrankheiten theils von der verschiedenen Frequenz und Virulenz der Krankheitserreger, theils von der individuellen Widerstandskraft abhängt. Die Symptome können, wenigstens in den schwereren Fällen, als sehr ähnlich denen der secundären Septicaemie bezeichnet werden. Nach mehr unbestimmten Symptomen während einiger Tage beginnt Fieber, Empfindlichkeit und Schmerz so bedeutend, dass Verwechselung mit rheumatischem Fieber nicht undenkbar ist (Leube). Weiter tritt ein typhöser Zustand ein, oft so markirt, dass, wenn ein Fall von primärer Septicaemie während einer Ileotyphusepidemie eintritt, man ihn für einen Ileotyphus halten möchte. Meistentheils werden im Verlaufe der Krankheit Entzündungsherde gebildet, d. h. Localisationen der Entzündungserreger, wie Thromben (Phlebitiden), Pneumonie oder dergl. Der Allgemeinzustand wird sehr schlecht, die Haut trocken und die Hautfarbe schmutziggrau. Die Fiebercurve ist, wenigstens wenn Streptococcen dabei im Spiele sind, ziemlich characteristisch.

Faber (2). Ausser den acuten Formen von Streptococcenpneumonie, welche als secundäre Infectionen z. B. bei Scharlachfieber, Pertussis und Morbilli vorkommen, giebt es chronische Formen, welche beginnen können theils als acute Pneumonie und mit Schrumpfung enden, theils als Bronchitis und in Bronchiectasien und fötide Bronchitis übergehen. Im Sputum dieser Kranken können immer Streptococcen in grosser Menge nachgewiesen werden. In einigen Fällen, besonders im Anfange, kommen sie allein vor, aber in späteren Stadien, besonders bei fötider Bronchitis, kommen sie gleichzeitig mit anderen Microben vor. Eine frühere Muthmassung, dass sie nur Saprophyten sind, ist nicht richtig, sie sind virulent und können acute Entzündungen und Empyem erzeugen. Chronische Streptococcenpneumonie ähnelt theilweise der Tuberculose, und wenn beide Affectionen gleichzeitig vorkommen, kann die Diagnose schwierig sein.

A. Fr. Eklund (Stockholm).

Oswiecimski, Fall von eitriger Kniegelenksentzündung im Verlaufe von Lungenentzündung. Nowiny lekarskie. No. 7.

Bei einem bisher ganz gesunden Manne wurde am 4. Tage einer rechtsseitigen croupösen Pneumonie eine starke Schwellung des linken Kniegelenkes constatirt. Da die Diagnose auf eitrige Gonitis gestellt wurde, eröffnete Verf. 8 Tage nach Beginn derselben das Gelenk mittelst Längsschnittes, worauf sich ca. $^1/_2$ Liter dicken rahmartigen Eiters entleerte. Knochen und Knorpel erwiesen sich ganz normal. Ausspülung des Gelenkes mit Sublimat und Tamponade mit Jodoformgaze. Es erfolgte rasche Heilung mit vollständig normaler Beweglichkeit des Kniegelenkes. Die bacteriologische Untersuchung des Eiters sowie der aus demselben gezüchteten Culturen ergab typische Friedländer'sche Pneumococcen. **Trzebicky** (Krakau).

Dunin, T. und St. Nowaczek, Ueber die Secretion der Harnsäure im Verlaufe der croupösen Lungenentzündung. Gazeta lekarska. No. 18 u. 19.

Verff. führten an einigen Patienten mit croupöser Pneumonie Versuche über den Einfluss der Resorption des Exsudates auf die Harnsäuremenge im Urin aus. Es ergab sich, dass die Harnsäure im Urin vom Tage vor der Krisis an zu steigen begann und in den folgenden Tagen sich so vermehrte, dass sie manchmal das dreifache der im Fieberstadium secernirten Menge betrug. Dieses Verhalten der Harnsäure während der croupösen Pneumonie bildet eine wichtige klinische Stütze der Horbaczewski'schen Theorie, da damit der von den Verff. angestrebte Beweis erzielt wurde, nämlich, dass ein gesteigerter Zerfall von Nuclein die Menge der secernirten Harnsäure vermehrt.

Spira (Krakau).]

2. Lungeninduration.

Borrmann, Rob., Beiträge zur Kenntniss der Lungeninduration. Inaug.-Diss. Göttingen.

B. hat unter der Leitung Orth's zwei Fälle von Lungeninduration histologisch untersucht. Er schliesst sich der von v. Kahlden geäusserten Ansicht an, dass es sich dabei um einen von der Wand der Alveolen ausgehenden Wucherungsprocess handle, der ganz analog sei der Thrombusorganisation von der Gefässwand aus. In dem einen Falle B.'s war — wie in der Mehrzahl der bisher beschriebenen — sicher eine fibrinöse Pneumonie vorausgegangen. Ob es eine „primäre parenchymatöse Pneumonie" im Sinne Heitler's giebt, erscheint nach den bisherigen Erfahrungen mindestens zweifelhaft.

3. Tuberculose und Phthisis.

a) Allgemeines.

1) Baer, Gustav, Ueber die primären Localisationen der Inhalationstuberculose. Inaug.-Diss. Erlangen. — 2) Freudenthal, W., Kleinere Beiträge zur Aetiologie der Lungentuberculose. Archiv für Laryngologie. 5. Bd. — 3) Buttersack, Wie erfolgt die Infection der Lungen? Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XXIX. H. 5 u. 6. (Theoretische Erörterungen mit zahlreichen Citaten.) — 4) Wolff, Felix, Zur Hereditätslehre der Tuberculose. Münchener med. Wochenschr. 43. Jahrg. No. 40. — 5) Squire, J. Edward, The influence of heredity in Phthisis. Med. chir. transact. Vol. 87. (Unter 1000 Tuberculösen liess sich in 325 Fällen nachweisen, dass sie von tuberculösen Eltern abstammten. Die Arbeit bringt auch Zusammenstellungen anderer Autoren.) — 6) Jaccoud, Sur l'origine hospitalière de la phthisie pulmonaire. Bull. de l'ac. de méd. 28. Jan. — 7) Ferrand, Sur la contagion nosocomiale de la tuberculose. Ibid. — 8) Kelch, A propos de la contagion de la tuberculose. Ibid. — 9) O'Neill Kane, Evan, The chief predisposing cause of tuberculosis. Med. and surg. rep. Aug. 29. (Hält Syphilis für prädisponirend.) — 10) Liebmann, Victor, Studium über das Koch'sche Tuberculin. Virch. Arch. 144 Supplem. (Sehr ausführliche Arbeit allgemein-pathologischen Inhalts. Verf. versucht die früher von ihm aufgestellte — von anderer Seite energisch bestrittene und auf fehlerhaftes Arbeiten zurückgeführte — Behauptung, dass beim Menschen in Folge von Tuberculin-Injectionen Tuberkelbacillen im Blute auftreten, nunmehr auch experimentell an Thieren zu erweisen. Die Arbeit giebt ausserdem histologische Befunde der inneren Organe von tuberculös inficirten und mit Tuberculin behandelten Thieren.)

Unter Hauser's Leitung hat G. Baer (1) bei 51 Leichen von Erwachsenen, die keine manifeste Lungentuberculose darboten, die Drüsen an der Bifurcation microscopisch untersucht und 5 mal — also in ca. 10 pCt. — primäre Localisation der Tuberculose in ihnen gefunden, während die übrigen Organe frei waren. Er widerspricht demnach der Ansicht, dass primäre „Bifurcationsdrüsentuberculose" bei Erwachsenen selten sei. In 6 Fällen von primärer Spitzentuberculose waren dagegen die Bifurcationsdrüsen überhaupt nicht secundär afficirt; in diesen Fällen war jedoch der Drüsenparenchym von sehr starker Staubablagerung befallen. Verf. giebt auch eine Uebersicht über die einschlägige Literatur.

W. Freudenthal (2) untersuchte microscopisch das Secret von dem Nasenrachenraum von 133 nicht ausgewählten Kranken des Montefiore home for chronic invalids in New York. Von 52 darunter befindlichen Tuberculösen hatten 21 Retronasalcatarrh. Bei 24 wurden Tuberkelbacillen gefunden. Unter 81 Nichttuberculösen wurden 9 mal Tuberkelbacillen gefunden. Auf Grund dieser Untersuchungen glaubt Verf. annehmen zu sollen, dass für diese Fälle der Nasenrachenraum als Sitz der primären Infection zu betrachten sei. An einer anderen Stelle gelangt Verf. sogar zu der kühnen Behauptung: „Der Retronasalcatarrh ist die eigentliche Grundlage der Lungentuberculose." (!)

Jaccoud (6) theilt der Pariser Academie de médecine drei Fälle mit, in denen die Annahme einer tuberculösen Hospital-Infection recht wahrscheinlich ist: Bei drei kräftigen Männern, die weder in hereditärer Beziehung noch durch ihre persönliche Anamnese der Tuberculose irgendwie verdächtig waren, entwickelte sich im Anschluss an eine traumatische Pneumonie Lungentuberculose. Verf. macht darauf aufmerksam, wie schwer es sei, einwandsfreie Beweise für eine Krankenhausinfection mit Tuberculose beizubringen, benutzt aber die Gelegenheit, um auf die nothwendigen hygienischen Maassregeln, insbesondere Vermeidung bezw. Beseitigung des Staubes aufmerksam zu machen. In der Discussion, die sich länger ausdehnte und auch zu den Mittheilungen von Ferrand (7) und Kelsch (8) Anlass gab, wurde von mancher Seite die Hospital-Infection überhaupt bestritten. Neues förderte die Erörterung nicht zu Tage.

[1) Hansen, Sören, Die Mortalität an Lungenschwindsucht in Kopenhagen. Ugeskrift for Läger. R. 5. B. 3. p. 191. — 2) Isageri, Die Ansteckungsfähigkeit der Lungenphtise. Ibidem. p. 1225.

Durch statistische Zusammenstellungen beweist Hansen (1), dass die Schwindsuchtsmortalität in Kopenhagen in den letzten Decennien abgenommen hat; 1874—1875 war die Mortalität 3,6 pr. M., 1894 nur 2 pr. M.

Isageri (2), Arzt in einer kleinen Landgemeinde hat mehrere Reihen von Phthisisfällen zusammengestellt, in welchen eine Uebertragung der Krankheit sehr wahrscheinlich ist. In einer Reihe fing die Krankheit mit einem 13jähr. Pflegekind an, das an Phthisis starb, nachdem es seinen Cameraden angesteckt hatte; dieser führte die Ansteckung weiter zu seinem Bruder und zu einer Nachbarsfrau und durch den ersteren dieser Phthisiker wurden wieder der Schneider und der Schmied des Dorfes angesteckt u. s. w. Alle Patienten waren früher gesund, nicht hereditär belastet. Dergleichen Reihen von consecutiven Phthisisfällen berichtet Verf. mehrere. **F. Levison** (Kopenhagen).

Jakowski, M., Zur Frage der sog. Mischinfection bei den Schwindsüchtigen. Pamietnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego. H. 1. Bd. XCII.

Im Anschluss an seine frühere Mittheilung veröffentlicht J. weitere 5 Fälle, welche gegenüber den negativen Befunden Strauss's die Existenz einer allgemeinen Infection mit den eitererregenden Microorganismen in dem hectischen Stadium der Lungenschwindsucht beweisen sollen. — Um die von Strauss hervorgehobenen Fehlerquellen auszuschliessen, untersuchte J. gleichzeitig das aus der Fingerkuppe und das direct aus der Vena mediana nach peinlicher Sterilisirung der Instrumente und der Haut entnommene Blut. — J. bezweckte dadurch seinen früheren Untersuchungsmodus durch die von Strauss angewandte Methode gewissermaassen controlliren zu können. In einem Falle war der Befund negativ. In den anderen 4 positiven Fällen gelang es die Eitererrger ebenso gut aus dem unmittelbar aus der Vene, wie auch aus dem aus der Fingerkuppe entnommenen Blute zu cultiviren (2 mal Streptococcus allein, je einmal neben dem Staphylococcus aureus und albus). — In zwei Fällen entsprach der Fieberverlauf trotz der Anwesenheit der Streptococcen keineswegs der sog. Streptococcencurve.

Ciechanowski (Krakau).]

b) Diagnostisches; klinische Mittheilungen.

1) Grasset, Du diagnostic précoce de la tuberculose humaine par les faibles doses de tuberculine. Bull. de l'acad. de méd. 25. Févr. — 2) Grasset et Vedel, Dasselbe. Nouveau Montpellier méd. 25. juin. — 3) Maragliano, E., Latente und larvirte Tuberculose. Berl. klin. Woch. 11. Mai. No. 19. — 4)

Harris, Thomas, On some cases of chronic non-tuberculous pneumonia and the clinical value of inoculation experiments in guinea-pigs in the diagnosis of pulmonary tuberculosis. The british med. journ. April 11. (Subcutane Injection des Sputums bei Meerschweinchen.) — 5) Holmes, A. M., The diagnosis of tuberculosis from the morphology of the blood - an original research, with report of cases. Med. rec. Vol. 50. No. 10. — 6) Denison, Charles, The microscopical proof of a curative process in tuberculosis; or the reaction to tuberculin evidenced by blood changes hitherto unrecognized. Ibid. — 7) Channing, Walter, The importance of frequent observations of temperature in the diagnosis of chronic tuberculosis. Vortrag in der Boston Society for medical improvement. Oct. 21. 1895. Sep.-Abdruck ohne Angabe der Zeitschr. (Mittheilung eines Falles.) — 8) Höchstetter, F., Einwirkung der Bewegung auf die Temperatur des fieberfreien Lungentuberculösen. Inaug.-Diss. München. 1895. — 9) Mangin-Bocquet, Georges, De la fièvre dans la tuberculose et principalement de la fièvre hectique. Thèse de Paris. — 10) Chrétien, Ed., Essai clinique et expérimental sur la fièvre des tuberculeux (toxicité des crachats, toxicité des urines). Ibid. — 11) Wolff, Felix, Zur Kenntniss der Haemoptoë bei Phthisikern. Münch. med. Wochenschrift. No. 34. 25. Aug. — 12) Skreinka, S. L., Ueber verschiedene Formen des Bluthustens bei Lungenphthise. Wien. med. Presse. No. 27, 28. (Nichts Neues.) — 13) Lorenz, Adolf, Pneumonia caseosa acuta. Inaug.-Diss. Berlin. (Vier Fälle aus der Abtheilung A. Fränkel's. Die Ausführungen des Autors decken sich i. G. mit denen einer früheren Arbeit von A. Fränkel und Troje.) — 14) Blaise, H., Cas de tuberculose pulmonaire. Gazette hebd. de med. et de chir. No. 6. — 15) West, Samuel, Case of acute phthisis, with rapid extension of physical signs, but without expectoration for four months, when tubercle baccilli were found. The Lancet. Sept. 12. (Casuistik.)

Grasset und Vedel (1, 2) empfehlen aufs Neue den Gebrauch des Tuberculins zu diagnostischen Zwecken; sie wenden 0,2—0,3 mg für die erste und 0,5 mg für eine eventuelle zweite Injection an und sind mit den Resultaten sehr zufrieden; irgend welche üble Folgeerscheinungen wurden bei diesen kleinen Dosen nicht beobachtet.

Auch Maragliano's Vortrag (3) gipfelt in der Empfehlung von Tuberculin-Injectionen zur Erkennung der latenten und der „larvirten“ Tuberculose. (Unter letzterer Bezeichnung versteht M. solche Fälle, in denen tuberculöse Herde nicht nachweisbar, aber andere Symptome, die von der Infection herrühren, vorhanden sind: „Dystrophische“ und „typhöse“ Art.) M. injicirt 1—3 mg, wenn diese wirkungslos bleiben, 10, eventuell 25 mg. Nicht aus dem Fieber, das nach grösseren Dosen auch beim Gesunden auftreten kann, sondern aus dem Auftreten von Symptomen am Respirations-Apparat, Drüsenschwellungen u. s. w. müsse man auf positive Reaction schliessen.

Holmes (5) glaubt auf Grund seiner Beobachtungen eine für Tuberculose characteristische und diagnostisch verwerthbare Blutbeschaffenheit gefunden zu haben: starke Abnahme des Procentgehalts der kleinen Lymphocyten, Zunahme der grossen Lymphocyten, starke Zunahme der (polynucleären) Phagocyten, keine oder spärliche eosinophile Zellen, zuweilen Myelocyten, Zeichen der Degeneration und des Zerfalls an den Phagocyten; einzelne derselben nehmen basophile Farben an. Die Besserung, bezw. Heilung der Tuberculose soll sich aus dem Rückgang dieser Blutveränderungen erkennen lassen, wie dies auch Denison (6), der mit Holmes 3 Fälle untersucht hat, bestätigt.

Auf Anregung Penzoldt's untersucht Höchstetter (8), wie sich die Körpertemperatur von Phthisikern im Vergleich zu derjenigen normaler Control-Personen bei mässiger Körperarbeit (Gehen auf eine kleine Anhöhe und wieder zurück, im Ganzen etwa $^5/_4$ Stunden dauernd) verhielt. Die Differenz zwischen „Ankunfts-“ und „Abgangs-“Temperatur betrug bei ersteren im Durchschnitt 0,9°, bei Gesunden 0,54°. Eine nach solcher Arbeitsleistung eintretende Temperatursteigerung über 37,8° hinaus glaubt H. als „Wahrscheinlichkeitssymptom“ bei der Diagnose der Phthise verwenden zu können — vorausgesetzt, dass der Patient sonst völlig fieberfrei ist.

F. Wolff (11) glaubt, dass beim Auftreten von Lungenblutungen bei Phthisikern eine gewisse Hämophilie mit in Betracht komme. Von 100 daraufhin befragten Kranken bejahten 21 ganz bestimmt, 9 „mit Unsicherheit“ die Frage, ob sie Neigung zu Blutungen zeigten. Lang aufgeschossene Menschen seien, wenn sie an Lungentuberculose erkranken, besonders zu Hämoptoë geneigt. Damit hänge es zusammen, dass bei Frauen Lungenblutungen nicht unerheblich seltener seien, als bei Männern, wie dies W. nach seinen Erfahrungen angiebt.

[Stachiewicz, T., Lungenblutungen und Aspirationspneumonie. Przegl. lekarski. No. 24, 25, 26. (Bringt nur Bekanntes.) **Spira** (Krakau).]

c) Therapie.

1) Muselier, Le traitement de la tuberculose. Bull. de Thérap. Tome 131. (Zusammenfassende Uebersicht.) — 2) Moore, J. W., Tuberculosis: its prevention and cure. Dublin Journ. Oct. und Brit. med. Journ. 10. Oct. — 3) Hance, The treatment of pulmonary tuberculosis. Med. record. 2. May. (Nur Bekanntes.) — 4) Winternitz, Wilhelm, Die Hydrotherapie der Lungenphthise. Deutsche med. Wochenschr. 16. April. (Enthusiastische Empfehlung der Application kalten Wassers.) — 5) Wolff, F., Ueber die Krankenpflege Tuberculöser im Gebirgsklima. Zeitschr. f. Krankenpflege. No. 10. Oct. (Nur Bekanntes.) — 6) Gordon, H. Laig, The high altitudes of south Africa: some practical points in their aero-therapeutics. The lancet. 29. Febr. — 7) Mann, Alfred, Climatic conditions in the rocky mountains for the treatment of phthisis and allied affections. The medical news. 22. Febr. — 8) Gabrilowitsch, J., Bemerkungen zu dem Aufsatz des Herrn Dr. Volland: „Etwas über die Folgen der Magen- und Darmerschlaffung und Weiteres über die Uebertreibungen bei der heutigen Behandlung der Lungenschwindsüchtigen.“ Therapeutische Monatshefte. X. Jahrg. Nov. — 9) Blumenfeld, Felix, Kritische Bemerkungen zu dem Aufsatze des Herrn Dr. Volland: „Ueber die Uebertreibungen bei der heutigen Behandlung der Lungenschwindsucht. Ebendas. X. Jahrgang. Januar. (8 und 9 enthalten polemische Ausführungen gegen den genannten im vorigen Jahrgang der Therapeutischen Monatshefte veröffentlichten Aufsatz Volland's, der sich gegen gewisse vermeintliche Uebertreibungen in der Anstaltsbehandlung, besonders gegen die Ueberernährung aussprach.) — 10) Unterberger, S., Haus-Sanatorium.

Einfache und billige Heilstätte für Schwindsüchtige. St. Petersburger med. Wochenschr. No. 32. Ausführlicher No. 49 u. 50. (Schlägt vor, in geeigneten Privathäusern, Pensionaten, Kasernen u. dergl. einige Zimmer als „Sanatorium" einzurichten.) — 11) Tidey, Stuart, On mechanical support of the lung in Phthisis. The brit. med. journ. March. 21. (Will durch partielle Fixirung des Thorax [Herumlegen eines Bandstreifens] günstige Resultate erzielt haben.) — 12) Kaatzer, Peter, Zur Creosottherapie der Lungenphthise. Therapeutische Monatshefte. X. Jahrg. Mai. (Empfiehlt auf's Neue Creosot, besonders in der Form des „Creosot-Caffee's" und wendet sich gegen die neuerdings von der Industrie hergestellten Ersatzmittel.) — 13) Seifert, R., On the internal administration of guajacol and creosote in phthisis pulmonalis. The lancet. Nov. 14. (Spricht sich für Guajacol- und Creosot-Carbonat aus.) 14) Coghill, Sinclair, J. G., The hypodermic use of Guajacol in acute pulmonary tuberculosis. The brit. med. journ. March 7. — 15) Garner, H. B. and J. B. Leeson, Permanganate of potassium in the treatment of pulmonary tuberculosis. Medical record. 22. Febr. („Sehr befriedigende Resultate" in 5 Fällen.) — 16) Thompson, J. Hilton, The treatment of consumption bg the oil of cinnamon. The brit. med. journ. 7. Nov. (Will in 5 Fällen gute Erfolge mit Inhalationen von Ol. cinamom. gesehen haben.) — 17) Ehlich, Karl, Einige Beobachtungen über Linosulfit-Inhalationen bei Lungentuberculose. Wien. klin. Wochenschr. No. 15. — 18) Cohn, Moritz, Die Behandlung der Lungentuberculose mittelst Ichthyol. Deutsche med. Wochenschr. No. 28. — 19) Le Tanneur, Maurice, De l'emploi de l'Ichthyol dans le traitement de Tuberculose pulmonaire. Journ. de médecine de Paris. 9 Aout. — 20) Edson, Cyrus, A rational treatment for phthisis pulmonalis, together with some notes on a new remedial solution. Medical Record. Febr. 8. (Behandelt die Phthise mit subcutanen Injectionen einer Lösung von Phenol und Pilocarpin, daneben mit Inhalationen von 10 proc. Jodoformäther! Von 216 Fällen wurden 212 gebessert, darunter 23 geheilt!) — 21) Walters, F. R., On antisepsis and elimination in pulmonary phthisis. The Lancet. 8. August. (Bespricht besonders Kreosot und Guajacol.)

22) Maragliano, E., Das antituberculöse Heilserum und dessen Antitoxin. Berl. klin. Wochenschr. 31. Aug. (Italienisch: Il siero antitubercolare e la sua antitossina. Gazzetta medica lombarda. No. 23.) — 23) Derselbe, Quattro centurie di casi trattati col siero antitubercolare. Ibid. No. 16. — 24) Blaise, H., Immunisation et sérothérapie dans la tuberculose. Gazette hebdom. de médecine et de Chir. 24. Mai. No. 42. (Referat, u. A. auch über die vorstehende Arbeit Maragliano's.) — 25) Derselbe, Cas de tuberculose pulmonaire traité par le serum du prof. Maragliano. Ibid. No. 6. (Ein Fall, der tödtlich endete; dem Serum ist der Todesfall wohl nicht zur Last zu legen.) — 26) Vidal, L., A propos du sérum antituberculeux du professeur Maragliano. Nouv. Montpellier méd. 3. und Suppl. bimens. No. 4. (I. G. 4 Fälle; einer derselben wird am Anfang der 2. Mittheilung als gegenwärtig geheilt bezeichnet: in einem Postscriptum theilt der Autor lakonisch seinen Tod mit!) — 27) Mariani, Filiberto, La sierotherapia nella tubereulosi. Bull. della Soc. Laneis. XVI. (Sah keine erheblichen Wirkungen von dem Maragliano'schen Serum.) — 28) Carlucci, Francesco, Pulmonary Tuberculosis treated with Maragliano serum. Medical record. 11. April. (5 Fälle; der Autor äussert sich befriedigt über die dabei gemachten Erfahrungen.) — 29) Régnier, L. R., Essai de sérothérapie de Tuberculose pulmonaire (méthode Maragliano). Le progrès médical. 8. Février. (3 z. Th. vorgeschrittene, i. G. nur relativ kurze Zeit beobachtete Fälle; Verf. glaubt günstige Wirkungen des Serums beobachtet zu haben.) — 30) Semmola, Die Serumtherapie der Tuberculose. Wiener med. Presse. No. 3. (Theoretische Einwürfe.) — 31) Tavel, Ueber Tuberculose-Heilserum. Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte. No. 5. — 32) Auclair, J., Essais de sérothérapie expérimentale antituberculeuse à l'aide du sang de poules traitées. Arch. de méd. expér. 4. (Thierversuche ohne nähere Beziehung zur Anwendung der Serotherapie beim Menschen.) — 33) Worcester, Alfred, The treatment of tuberculosis with tuberculin and its derivatives. Boston med. and surg. Journ. Vol. CXXXV. No. 8. (Günstige Erfahrungen mit Tuberculin, theilweise günstige auch mit dem Klebs'schen „Antiphthisin".) — 34) Springthorpe, J. W., A plea for the re-use of tuberculin. Glasgow Journ. Nov. (Berichtet vom Tuberculin, das er lange Zeit hindurch anzuwenden räth, gute therapeutische Resultate.) — 35) Barbour, L. P., Antiphthisin. Medical News. Vol. 68. No. 8. — 36) Hirschfelder, J. O., The treatment of tuberculosis and other infectious diseases with oxytoxines. Provisional report. Occidental med. Times. Nov.

Auf der Schrötter'schen Klinik wurden Versuche mit Lignosulfit-Inhalationen gemacht, wie Ehlich (17) angiebt, mit befriedigendem Erfolge: bei leichten catarrhalischen Formen „entschiedene Besserung des localen Processes, Aufhören der Nachtschweisse, Kräftigung, Verschwinden des Hustens und Auswurfs und Zunahme des Körpergewichts". Auch bei circumscripten Infiltrationen wurde subjective Erleichterung, Hebung des Appetits und Kräftezustandes beobachtet, während bei schweren Phthisikern Reizerscheinungen eintraten.

M. Cohn (18) wiederholt seine bereits vor 2 Jahren veröffentlichte Empfehlung der innerlichen Darreichung von Ichthyol, der sich auch Le Tanneur (19) anschliesst. Beide Autoren führen eine Reihe „gebesserter" oder „zur Zeit geheilter" Fälle an. Die Dosis schwankt nach C. zwischen 2 und 50 Tropfen einer Lösung Ichthyol. Aq. dest. ana, 3 mal täglich in viel Wasser ($^1/_2$ Weinglas bis 1 Wasserglas) vor den Mahlzeiten zu nehmen.

Unter den Bestrebungen, gegen die Tuberculose eine specifische Therapie zu finden, hat die Behandlung mit dem von Maragliano hergestellten „Heilserum" im Berichtsjahre zu zahlreichen Veröffentlichungen (22 bis 29) Anlass gegeben. Maragliano selbst hat (22) über die Herstellung und die Eigenschaften seines Serums einige nähere Angaben gemacht.

Um bei Thieren „die Production von tuberculösen Antitoxinen hervorzurufen", injicirte er denselben „alle toxischen Materialien, welche man aus den vollvirulenten Culturen des Tuberkelbacillus erhalten kann". Diese Stoffe theilt M. in 2 Gruppen: Die Gruppe A. wird durch 3—4 Tage hindurch fortgesetzte Concentration der Culturen im Wasserbade bei 100° erhalten. Die Gruppe B. wird hergestellt, indem man bei Zimmertemperatur die Culturen durch Chamberland-Filter passiren lässt und sie dann im Vacuum bei einer Temperatur von unter 30° C. einengt. In den (nicht erhitzten) Culturfiltraten existiren nach M. Körper, welche bei tuberculös inficirten Menschen und Meerschweinchen schweisserregende und die Temperatur herabsetzende Wirkung haben. Diese Körper werden durch Erhitzung zerstört.

Zur Vorbehandlung der Versuchsthiere benutzt M. eine Mischung von 3 Theilen A und 1 Theil B. Von dieser Mischung werden steigende Dosen — von 2 bis 50 mg pro Kilo des Versuchsthieres — injicirt. Benutzt wurden Hunde, Esel und Pferde. Die Injectionen werden

6 Monate lang fortgesetzt, dann wird 3—4 Wochen gewartet (nach welcher Zeit im Blute nichts mehr von den eingespritzten toxischen Stoffen nachweisbar ist) und darauf den Thieren Blut entzogen.

1 ccm Serum soll 1 g gesundes Meerschweinchen vor der kleinsten toxischen Dosis „von tuberculösem Proteïn" retten. Tuberculöse Meerschweinchen — nähere Angaben werden nicht gemacht — sollen angeblich durch 2—4 ccm Serum für je 1 g Körpergewicht gerettet werden. Die geringste Quantität Tuberculin, welche genügt, um bei einem nicht fiebernden tuberculösen Menschen Fieber zu erzeugen, soll durch 1 ccm Serum neutralisirt werden.

Das Serum soll in vitro bactericide Wirkung dem Tuberkelbacillus gegenüber zeigen. Die Dosirung der antitoxischen Wirkung erfolgt durch Bestimmung der Serumwirkung gegenüber der Tuberculinvergiftung gesunder Meerschweinchen.

In einer weiteren Mittheilung berichtet Maragliano (23) über die Anwendung seines Serums in 412 Fällen von Tuberculose. Die Statistiken, die er nach 6 von ihm unterschiedenen Graden der Krankheit eingetheilt veröffentlicht, sind bezüglich der Heilungs- und Besserungs-Resultate sehr günstig, — man muss sagen, fast zu günstig! In fast 92 pCt. der behandelten Fälle soll eine je nach der Schwere mehr oder minder beträchtliche Besserung erzielt worden sein! Selbst bei Phthisen, die bis zur Cavernenbildung vorgeschritten waren, sollen Heilungen beobachtet worden sein. M. empfiehlt jetzt — abweichend von seinen früheren Vorschlägen — alle 2 Tage 1 ccm zu injiciren, bei fiebernden Fällen 5—10 ccm in Zwischenräumen von 5—8 Tagen. Nähere Angaben über die behandelten Fälle, besonders über die Dauer der „Heilungen" sind aus der vorliegenden Mittheilung nicht zu entnehmen. M. verweist bezügl. der Details auf die dem Referenten nicht zugängliche Cronaca della Clinica medica di Genova, puntate II—IX. 1896.

Die übrigen vorliegenden Mittheilungen (24—29) ermöglichen ebenso wenig ein sicheres Urtheil über den Werth des M.'schen Serums; die meisten von ihnen beziehen sich übrigens nur auf wenige Fälle. (Vergl. die oben hinzugefügten Bemerkungen.)

Das Viquerat'sche antituberculöse Serum ist von Tavel (31) einer experimentellen Prüfung an Meerschweinchen (subcutane Impfung) und Kaninchen (subcorneale Application) unterzogen worden. Die Behandlung der inficirten Thiere wurde z. Th. von Viquerat selbst ausgeführt. Ein zweifelloser Erfolg war durchaus nicht zu constatiren; bei den Meerschweinchen schien sogar das Serum eher eine rapidere Entwicklung des Processes bewirkt zu haben. „Viquerat soll seither ein viel wirksameres Serum bereitet haben; da aber vorläufig noch keine beweisenden Thierexperimente diese bessere Wirkung stützen, so ist die Methode, so logisch auch ihre Grundlage sein kann, beim Menschen nur mit viel Vorsicht und wenig Aussicht anzuwenden."

Die Beobachtung, dass tuberculöse Peritonitis nach Eröffnung des Abdomens öfters ausheilt, brachte Hirschfelder (36) auf den Gedanken, das in dem Exsudat vorhandene Tuberculin (!) werde durch zutretende Luft oxydirt (!) Er schloss daraus, dass die Antoxine einfach oxydirte Toxine seien, kocht in Folge dessen die „Toxine" — u. A. das Tuberculin — mit Wasserstoffsuperoxydlösungen und verwendet die so gewonnenen „Oxytoxine" mit gutem Erfolge zur subcutanen Injection!!

V. Verschiedenes.

1) Howard, J., Pulmonary abcess and empyema simulating unilateral bronchiectasis treated by drainage, and later resection of a rib. The british med. Journ. 14. Nov. (Die Ueberschrift enthält das Wesentliche dieser casuistischen Mittheilung.) — 2) Musgrave, Cecil, A case of rapidly fatal acute congestion of the lungs. The lancet. Oct. 3. (Casuistische Mittheilung ohne Obductionsbefund.) — 3) Pasteur, W., Fatal pulmonary apoplexy (probably embolic) in an apparently healthy girl aged fourteen years. The Lancet. Febr. 22. (Ebenso.)

Namen-Register.

Die römischen Zahlen weisen den Band, die arabischen die Seite nach, die in Klammer gesetzten arabischen Zahlen, wie oft ein Autor auf derselben Seite vorkommt.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I. J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

Y.

Z.

Sach-Register.

Die römischen Zahlen weisen den Band, die arabischen die Seite nach.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I. J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

X.

Y.

Z.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.